

お子さんの名前	
住 所	町
生年月日	年 月 日
電話番号	

3歳6か月児アンケート（1）

主にお子さんの世話をなさっている方が記入してください。 記入した人（ ） 子どもの月齢 歳 か月

一般状態	生活リズム	主な保育者 昼 母・父・祖母・その他（ ） 夜 母・父・祖母・その他（ ）	
		お子さんのお父さんは、育児をしていますか。 （よくやっている・時々やっている・ほとんどしない・何とも言えない） 睡眠・食事・おやつ・あそびについて記入してください。	
		0 6 12 18 24 機嫌（よい・よくない） 睡眠（よい・よくない） 起床時刻 時 分 就寝時刻 時 分 昼寝の時間 時～ 時 時間	
		生活リズムは整っていますか。 （はい・いいえ・どちらとも言えない） 歯磨き ①無 ②時々 ③有（朝・昼・夕・ねる前） 指すい（無・有） 服の着脱（上・下・できない） お子さんはテレビや動画、タブレット、スマートフォン等を1日2時間以上みていますか。（いいえ・はい）	
食事・栄養		食事回数 回 食欲（有・無） 偏食（無・有）（苦手な物） 昨日の夕食メニュー（ ） 今日の朝食メニュー（ ） おやつとの与え方 ①時間をきめて ②要求時 ③あまり食べない おやつ 回 種類・量（ ） 飲み物 回 種類・量（ ） 牛乳 ml/日 ひとりで食事ができますか（ほぼできる・できない）（はし・スプーン）	
	排泄	便 回 性状（よい・気になる） トイレ利用の有無（有・無） 尿 回 夜尿 ①無 ②時々 ③毎晩 ひとりで用を足せる（はい・いいえ）	
今までにかかった病気		（無・有） 病名 izzozoro けいれん（ひきつけ）（無・有 回）	
現在の病気		（無・有） 病名 izzozoro かかっている病院名	
かかりつけ医		（無・有・何とも言えない） 病院名	
かかりつけ歯科		（無・有・何とも言えない） 病院名	
あなたのお子さんについて、次の質問のそれぞれにどちらかあてはまるほうの答えに○をつけてください。			
◎目に関して心配なことはありますか。 (いいえ・はい) ・瞳が白く見えたり目つきや目の動きがおかしいですか。 (いいえ・はい) ・極端にまぶしがったり、片目を閉じたりしますか。 (いいえ・はい) ・物を見るとき首を傾けたり、物に目を近づけて見ますか。 (いいえ・はい)			
◎耳に関して心配なことはありますか。 (いいえ・はい) ・聞こえていないのではないかと感じることはありませんか。 (いいえ・はい) ・名前を呼んでも度々振り向かないことがありますか。 (いいえ・はい) ・最近テレビの音を大きくしますか。 (いいえ・はい) ・話をしているときに聞き返すことが多いですか。 (いいえ・はい) ・小さな音に反応しますか。 (はい・いいえ)			
◎生えていた歯がぐらぐらしたり抜けたことはありますか。 (いいえ・はい)			
◎砂利道などでもあまりころぶことなく自由に走り回れますか。 (はい・いいえ)			
◎ケンケンができますか。 (はい・いいえ)			

※裏面もご記入ください

◎四肢の運動について気になることがありますか。	(いいえ・はい)
◎階段を一人で交互に足を出して上がれますか。	(はい・いいえ)
◎肩たたきは交互にできますか。	(はい・いいえ)
◎簡単な衣服の着脱が一人でできますか。	(はい・いいえ)
◎お子さんはあいさつができますか。	(はい・いいえ)
◎自分の性別と名前が言えますか。	(はい・いいえ)
◎自由に会話ができますか。	(はい・いいえ)
◎発音で気になることはありますか。	(いいえ・はい)
具体的に書いてください。()	()
◎心配なクセはありますか。	(いいえ・はい)
具体的に書いてください。()	()
◎お友だちは何人いますか。	0人・1～2人・3～4人・5人以上
◎遊び場はありますか。	(はい・いいえ)
具体的に書いてください。()	()
◎普段お子さんはどんなことをして遊んでいますか。	()
具体的に書いてください。()	()
◎3歳から4歳頃までの多くの子どもは「他の子どもから誘われれば遊びに加わろう」とすることを 知っていますか。	(はい・いいえ)
◎絵本の読み聞かせをしていますか。	(はい・いいえ)
◎現在保育園やこども園、幼稚園に通っていますか。または通う予定がありますか。	(いいえ・はい→園名 予定の場合 年 月～)
◎お子さんに対して育てにくさを感じていますか。	(1. いつも感じる 2. 時々感じる 3. 感じない)
◎育てにくさを感じた時、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。	(はい・いいえ)
◎この数か月の間にご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるものすべてに○をしてください。	
1. しつけのしすぎがあった 2. 感情的に叩いた 3. 乳幼児だけを家に残して外出した	
4. 長時間食事を与えなかった 5. 感情的な言葉で怒鳴った 6. いずれも該当しない	
◎お子さんがいうことをきかなくて、困ることがありますか。	(よくある・ある・時々ある・ほとんどない・ない)
◎育児をしていてイライラしたり、つらいと感じることがありますか。	(よくある・ある・時々ある・ほとんどない・ない)
◎子育てに困った時に相談できる人や場所がありますか。	(いいえ・はい 人や場所 ())
◎子育てを楽しんでいますか。	たのしい まあまあ 楽しくない
◎お子さんのお母さんは、ゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。	(はい・いいえ・何とも言えない)
◎この地域で今後も子育てをしていきたいですか。	(1. そう思う 2. どちらかと言えばそう思う 3. どちらかと言えばそう思わない 4. そう思わない)
◎お子さんのお母さん、お父さん自身のことについて何かありましたらお書きください。	
[健康的な不安、心に悩みをもっている、家事や仕事が忙しい、経済的な心配、 パートナーとの関係、祖父母との関係、介護]	
◎現在喫煙をしていますか。	母 (なし・あり) 父 (なし・あり)
◎特に気になることや、心配なことはありますか。	(いいえ・はい)
具体的に書いてください ()	()
◎お子さんのお母さんは、子宮頸がん検診を2年に1回受けていますか。	(はい・いいえ)
◎ご自身は、職場や市の特定健診・39才以下健診を毎年受けていますか。	(はい・いいえ)
◎ご自身の血圧値を知っていますか。	(はい・いいえ)
◎正常血圧は120/80mmHg未満であることを知っていますか。	(はい・いいえ)
◎ご自身の受けられる健(検)診を知っていますか。	(はい・いいえ)

※あらかじめ自宅でささやき声検査を実施し「お子さんの耳のきこえについてのアンケート」を当日ご持参ください。

※健診当日の朝の尿をとって、洗ってかわかしたペットボトルやビン等に入れてご持参ください。

3歳6か月児アンケート（2）

お子さんの耳のきこえについてのアンケート

お子さんの名前（ ）

記入者の名前（ ）

◇お子さんについて、当てはまる答えを○で囲んでください。

① 家族、親類の方に、小さいときから耳のきこえのわるい方がいますか。	いいえ	はい
② 中耳炎に何回か、かかったことがありますか。	いいえ	はい
③ ふだん鼻づまり、鼻水をだす、口で息をしている、のどれかがありますか。	いいえ	はい
④ 呼んで返事をしなかったり、聞き返したり、テレビの音を大きくするなど、きこえがわるいと思うときがありますか。	いいえ	はい
⑤ 保育所の保育士など、お子さんに接する人から、きこえがわるいといわれたことがありますか。	いいえ	はい
⑥ 話しことばについて、遅れている、発音がおかしいなど、気になることがありますか。	いいえ	はい
⑦ あなたの言うことばの意味が動作を加えないと伝わらないことがありますか。	いいえ	はい

◇ささやき声検査の結果記録

正しく絵を指せば○、聞き返したり間違えた場合には×を記入してください。

聞き返されても、繰り返し言わないでください。

いぬ	くつ	かさ	そう	ねこ	いす

※太枠内④～⑦に該当する項目がある場合、自宅での検査で○が4個以下の場合は健診会場で再度検査を実施することがあります。

◇お顔をかいてみましょう。

裏面に必ず健診対象のお子さんにかいてもらってください。

※顔をかいてみましょう。

ささやき声検査用絵シート

わい



く



か



ぞ



ね



い

