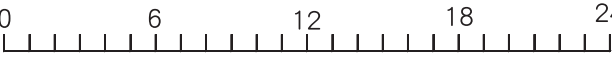


お子さんの名前	
住 所	町
生年月日	年 月 日
電話番号	

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	主な保育者 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 母・父・祖母・その他（ ） <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 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。 機嫌（よい・よくない） 睡眠（よい・よくない） 0 6 12 18 24  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 いくつごろ けいれん（ひきつけ）（無・有 回）
現在の病気	（無・有） 病名 いつから 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)	

◎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)	
◎育児をされ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。

※お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

