

1歳6か月児健診アンケート

太枠内に記入し、あてはまるものに○印をつけてください。裏面にもご記入ください。

このアンケートに記入された方はどなたですか		母親・父親・その他（		）	
本日の健診に同伴された方はどなたですか		母親・父親・祖父母・その他（		）	
（ふりがな） お子さんの氏名	年 月 日生 男・女（第 子）	住 所	札幌市 区 ☎ - （携帯）		
	お子さんは保育園・幼稚園に通っていますか		いいえ・はい（ 保育園・幼稚園）		
ご家族 ※同居の方 を含みます	家族の氏名	続柄	年 齢 等	健康状態・治療中の病気	職業、学校、保育園、幼稚園等
		父	歳	良・治療中（	）
		母	歳	良・治療中（	）
			年 月 日生 歳	良・治療中（	）
			年 月 日生 歳	良・治療中（	）
			年 月 日生 歳	良・治療中（	）

これまで受けた予防接種
①BCG ②四種混合（1回・2回・3回・追加） ③MR（麻しん風しん混合） ④ヒブ ⑤小児用肺炎球菌
⑥水痘（1回・2回） ⑦B型肝炎（1回・2回・3回） ⑧ロタ（1回・2回・3回）
⑨その他【おたふくかぜ・左記以外（ ）】

今までかかった病気（治ったもの） なし・あり（病名： 医療機関名： ）
通院中の病気 なし・あり（病名： 医療機関名： ）
ひきつけたこと なし・あり（回数： 回 ひきつけた時の発熱：あり・なし）

現在の状況はいかがですか

1 ころばないでじょうずに歩けますか はい ・ いいえ
2 ひとり歩きは何か月からですか （ 歳 か月）頃から
3 鉛筆などを持ってなぐり書きをしますか はい ・ いいえ
4 別紙の聞こえの検査（ささやき声テスト）の結果を記入してください
①名前を呼んだとき 振り向いた・振り向かない・わからない
②「シー（小さな声や音）」に振り向きますか 振り向いた・振り向かない・わからない
5 何か欲しいものがあるとき、指をさして要求しますか はい ・ いいえ
6 何かに興味を持った時、指をさして伝えようとしますか はい ・ いいえ
7 言われた言葉をわかっていますか はい ・ いいえ ・ どちらでもない
8 （「○○を持ってきて」などの）簡単な言いつけにしがいますか
はい ・ いいえ ・ どちらでもない
9 「○○どれ？」とたずねた時に、絵本の絵を指さしますか はい ・ いいえ
10 マンマ・ブーブーなど意味のある片言をいくつか言えますか
（ 個：たとえば ）
11 親のすることをまねしますか（例 口をとがらせると顔まねをする） はい ・ いいえ
12 いつもと違うことがある時、親の顔を見ますか はい ・ いいえ ・ どちらでもない
13 他の子どもに興味がありますか はい ・ いいえ
14 外出先で目をはなすといなくなったことがありますか いいえ ・ はい
15 次のことから、特に気になることがありますか（いくつでも） いいえ ・ はい
①視線が合いづらい ②少しもじっとしていない ③かんしゃくがひどい
④壁や床に頭をぶつける ⑤一人遊びになりやすい ⑥甘えてこない ⑦夜泣きがひどい
⑧寝つきが悪い ⑨おとなしすぎる ⑩音に敏感すぎる ⑪お母さんからなかなか離れられない
⑫こだわりが強い（例えば ）
16 お子さんのからだや発達のことで心配がありますか とくにない ・ ある
（ ）

裏面にもご記入ください。

- 17 食事は毎日3回食べていますか はい ・ いいえ
- 18 毎回の食事に、主食(ごはん・パン・麺等)、主菜(肉・魚・卵・大豆製品)、副菜(野菜が多い料理等)が揃っていますか
はい ・ ほぼ揃っている ・ いいえ
- 19 おやつについて
1日()回 よく食べるおやつ()
- 20 甘い飲み物(ジュース、乳酸飲料、スポーツドリンク等)を飲みますか いいえ ・ はい
1日()ml ・ 週()回 ←
- 21 現在、母乳を飲んでいますか
いいえ(か月まで) ・ はい(いつ飲んでいますか ①日中 ②寝る前 ③夜中)
- 22 現在、哺乳瓶を使用していますか
いいえ(か月まで) ・ はい(中身は何ですか 量は1日 ml)
- 23 お子さんの歯をみがいてあげていますか はい ・ いいえ
- 24 今までに食物アレルギーの症状がでたことがありますか いいえ ・ はい
①病院を受診した(原因食品は:) ②受診してない
- 25 お子さんと一緒に生活はいかがですか
①毎日が楽しい ②負担は増えたが育児は楽しい ③負担が増え疲れる
④よくイライラしている ⑤子どもをかわいいと思えず負担 ⑥自分の時間がなくなり苦痛
⑦その他()
- 26 育児をする中で悩んだり、つらいと感じることはありますか?
①悩んでも何とか解決できる ②悩みはない ③悩みたくない ④育児に自信がもてずよく悩む
悩んでいることはどんなことですか? ←
①育て方がわからない ②きょうだいへの対応 ③子どもをもつ親同士の付き合い方
④育児方針の違い ⑤その他()
- 27 育児について相談したり協力してくれる人はいますか
①配偶者 ②親 ③友人 ④親類 ⑤その他() ⑥誰もいない
- 28 今までにお子さんが事故にあったことがありますか いいえ ・ はい
①転落 ②やけど ③誤飲(タバコ・薬・その他)
④その他()
病院を受診しましたか した ・ しない ←
- 29 睡眠についてご記入ください
起床()時頃 昼寝()時~()時頃 就寝()時頃 ・ 決まっていない
- 30 テレビ、ビデオをどのくらい見ていますか
①0~2時間以内 ②2~4時間 ③4時間以上 ④終日つけっぱなし ⑤見せていない
- 31 家族の方でタバコを吸う方はいますか
いいえ ・ はい(・父 本/日 ・母 本/日 ・その他の方(^{誰が}) 本/日)
- 32 タバコを吸う方はどこで吸いますか
①室内では吸わない ②換気扇のそばで吸う ③子どものいない部屋で吸う ④子どもと同じ部屋で吸う
- 33 相談したいことや、現在ご家庭で困っていることがありましたら番号に○をつけ下の欄に内容をお書きください
①食事・栄養のこと ②お子さんのお口や歯のこと ③育児に対する協力が得にくい ④不安定な収入
⑤会話が少なく ⑥親族との付き合い方 ⑦その他