

5歳児セルフチェック表

<以下のことについてチェックしてみましょう>

1 お子さんの健康状態や、子育てについてお聞きします。

① 保育園や幼稚園などで健診の機会がありますか	はい	いいえ	➔ A
② 食事に関して心配なことがありますか	いいえ	はい	
③ 体格(肥満など)や身長のことなどで心配がありますか →母子健康手帳の身体発育曲線(予防接種の記録の前にあります)を記録してみましょう	いいえ	はい	
④ 姿勢や歩き方・走り方などの心配がありますか	いいえ	はい	
⑤ 目が悪いという心配はありますか (同封の目に関するチェックをしてみましょう)	いいえ	はい	➔ B
⑥ 耳の聞こえが悪いという心配はありますか (同封の耳の聞こえに関するチェックをしてみましょう)	いいえ	はい	

2 お子さんの発達について、はい、いいえのどちらかに○をつけてください。 (運動・社会性・ことばの発達についての質問です。)

項目	はい	いいえ	➔ C
① スキップができる			
② ブランコがこげる			
③ 片足でケンケンができる			
④ お手本を見て四角が書ける			
⑤ 大便が一人でできる			
⑥ ボタンのかけはずしができる			
⑦ 集団で遊ぶことができる			
⑧ ジャンケンの勝敗がわかる			
⑨ 自分の名前が読める			
⑩ 発音がはっきりしている			
⑪ 自分の左右がわかる			
⑫ 順番を待つことができる			
⑬ おにごっこやかくれんぼをルールにそって楽しむことができる			

3 お子さんの様子に合う欄に○をつけてください。 (保護者の方や保育者の方からみて、気になる様子についての質問です。)

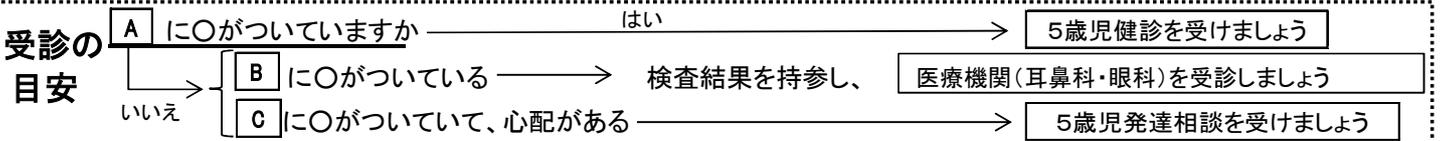
項目	ほとんど 気にならない	少し 気になる	とても 気になる	➔ C
① 外からの刺激に気が散りやすい				
② ことばの指示が伝わりにくい				
③ じっと座っていることができない				
④ 落ち着きがない				
⑤ 友達とトラブルになりやすい				
⑥ かんしゃくをおこしやすい				
⑦ 注意してもきかない				
⑧ 好きなことしかしない				
⑨ 友達とうまく遊べない				
⑩ 一人遊びが多い				
⑪ 自分のやり方にこだわりやすい				
⑫ 不器用である(例:はさみやはしの持ち方がぎこちない)				
⑬ 発音に気になるところがある				
⑭ 自分の気持ちをうまく表現することができない				
⑮ 人の気持ちがわかりにくい				
⑯ 一方的に話し、やりとりがしにくい				
⑰ 日常生活が変化すると混乱しやすい				

4 お子さんの様子やからだのこと、子育てについて相談したい事はありますか。

いいえ はい

➔ A

{ 相談内容 }



※なお、心配な項目について、すでに医療機関や相談機関で相談ができていますの方は受診は不要です。

裏面をご覧ください

受診を希望されない場合は以下の記入は不要です

★5歳児健診、5歳児発達相談を受診される場合は、下記も記入してください。
お住まいの区の保健センターに電話予約が必要です。

※下記の枠内に記載の上、予約日当日に母子健康手帳と一緒に保健センターへお持ちください。

予約日 年 月 日(曜日) : ~ : ←電話で聞いた予約日を記載しましょう。

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、発達相談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	() 男・女	生年月日	年 月 日生	電話番号	
住 所	札幌市 区				
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、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()	
これまで受けた予防接種 ①BCG ②四種混合 ③ポリオ ④MR(麻しん風しん混合ワクチン) ⑤ヒブ ⑥小児用肺炎球菌 ⑦水痘 ⑧日本脳炎 ⑨B型肝炎 ⑩その他【ロタ・おたふく・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:)					
これまでに受けた健診 4か月児健診・10か月児健診・1歳6か月児健診・3歳児健診					
どんな遊びが好きですか ()					
同じ年齢くらいの遊び友達はいますか		はい いいえ			
起床・就寝時間を記入してください		起床(:) 就寝(:)			
家庭での食事やおやつの時間はだいたい決まっていますか		決まっている 決まっていない			
毎日歯を磨く習慣がありますか		はい いいえ			
歯科医院に行ったことがありますか		いいえ はい(①治療 ②フッ化物塗布 ③定期健診)			
テレビやDVDをどのくらい見ますか		1日()時間			

●保健センター連絡先(ご不明な点はお住まいの区の保健センターにお問い合わせください。)

名称	郵便番号	所在地	電話番号
中央保健センター	060-0063	中央区南3条西11丁目 (R3.12.20～移転予定:大通西2丁目9)	011-511-7223
北保健センター	001-0025	北区北25条西6丁目	011-757-1181
東保健センター	065-0010	東区北10条東7丁目	011-711-3211
白石保健センター	003-8612	白石区南郷通1丁目南8	011-862-1881
厚別保健センター	004-8612	厚別区厚別中央1条5丁目	011-895-1881
豊平保健センター	062-8612	豊平区平岸6条10丁目	011-822-2472
清田保健センター	004-8613	清田区平岡1条1丁目	011-889-2049
南保健センター	005-0014	南区真駒内幸町1丁目	011-581-5211
西保健センター	063-0812	西区琴似2条7丁目	011-621-4241
手稲保健センター	006-8612	手稲区前田1条11丁目	011-681-1211