

# 1 歳 6 力月児健康診査質問票

保護者の連絡先

お子さんの名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (父・母・その他: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_)

|                                                 |                                          |   |    |    |    |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------|---|----|----|----|
| 生活の様子                                           | 主な保育者は誰ですか 昼: 父母・祖父母・その他 ( _____ )       |   |    |    |    |
|                                                 | 夜: 父母・祖父母・その他 ( _____ )                  |   |    |    |    |
|                                                 | 現在保育園・幼稚園に通っていますか はい・いいえ (園名 _____)      |   |    |    |    |
|                                                 | 生活のリズムは整っていますか はい・いいえ                    |   |    |    |    |
|                                                 | お子さんの 1 日の生活についてお書きください (起床・就寝時間、食事時間など) |   |    |    |    |
|                                                 | 0                                        | 6 | 12 | 18 | 24 |
|                                                 | 食欲 有・無                                   |   |    |    |    |
|                                                 | 食事回数 1 日 _____ 回                         |   |    |    |    |
|                                                 | 哺乳瓶の使用 無・有                               |   |    |    |    |
|                                                 | 卒乳 完了・未完了                                |   |    |    |    |
| 偏食 無・有 ( _____ )                                |                                          |   |    |    |    |
| スプーンやフォークで食べ物を口にはこびますか はい・いいえ                   |                                          |   |    |    |    |
| おやつについて 1 日 _____ 回 (内容 _____) 飲み物 (内容・量 _____) |                                          |   |    |    |    |
| 便の状態はどうですか _____ 日に _____ 回 かため・ふつう・やわらかめ・下痢ぎみ  |                                          |   |    |    |    |
| おむつを取る練習 開始・未開始                                 |                                          |   |    |    |    |
| 指吸い・おしゃぶりを吸うクセはありますか はい・いいえ                     |                                          |   |    |    |    |
| はみがきの回数 朝食後・昼食後・夕食後・寝る前・しない                     |                                          |   |    |    |    |
| 保育者が仕上げみがきをしていますか 毎日・時々・していない                   |                                          |   |    |    |    |

今までかかった病気 ( 無 ・ 有 ) \_\_\_\_\_ ひきつけ ( 無 ・ 有 \_\_\_\_\_ 回 )

病名 \_\_\_\_\_ いつ頃 \_\_\_\_\_

|                                |                 |           |
|--------------------------------|-----------------|-----------|
| 目つきや目の動きがおかしいですか               | .....           | いいえ ・ は い |
| 極端にまぶしかったり、片目を閉じたりしますか         | .....           | いいえ ・ は い |
| 目やにや涙は多いですか                    | .....           | いいえ ・ は い |
| 名前を呼んでも、振り向かないことがたびたびありますか     | .....           | いいえ ・ は い |
| 大人がやかましいと感じる音でも平気でいますか         | .....           | いいえ ・ は い |
| 戸外でもしっかり一人で歩けますか               | .....           | は い ・ いいえ |
| 一人歩きはいつからできましたか                | ..... ( _____ 歳 | 力月) ・ いいえ |
| 手を引いてやると階段を上がれますか              | .....           | は い ・ いいえ |
| 「お花どれ」「犬どこ」と問いかけると指差しをしますか     | .....           | は い ・ いいえ |
| 「～持ってきて」などの言葉に応じられますか          | .....           | は い ・ いいえ |
| 身近な人 (お母さんなど) に遊んでもらいたがりますか    | .....           | は い ・ いいえ |
| 相手になって遊んであげると喜びますか             | .....           | は い ・ いいえ |
| 他の子に関心がありますか                   | .....           | は い ・ いいえ |
| 何か欲しいものがあると指差しで教えますか           | .....           | は い ・ いいえ |
| 言葉をいくつか話しますか。具体的に書いてください       | ( _____ )       |           |
| 普段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  | ( _____ )       |           |
| 大人のすることを真似したり、なんでも自分でやりたがりますか  | .....           | は い ・ いいえ |
| 保護者の話しかけと関係なく勝手に動き回ることが多いですか   | .....           | は い ・ いいえ |
| 保護者が「だめよ」と言うと大体やめられますか         | .....           | は い ・ いいえ |
| 心配なことや気になることがありますか             | .....           | いいえ ・ は い |
| ( _____ )                      |                 |           |
| お子さんのことで嬉しかったことや感動したことをご記入ください | ( _____ )       |           |