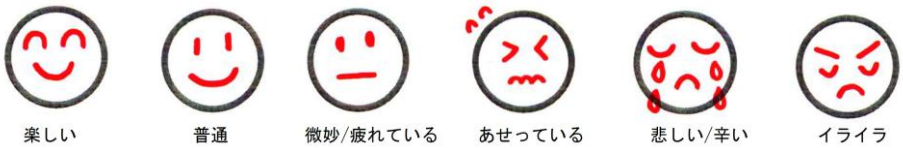
２歳６カ月児健診おたずね票

お子さんのお名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日：　　年　　月　　日

＜おたずね票＞　＊お母さん・お父さん自身についてうかがいます。当てはまる方に○をつけてください。

1．毎日の生活や育児を楽しくやっていますか？　（はい　いいえ　どちらとも言えない）
2．育児をしていてイライラしたりつらいと感じることが多いですか？　（はい　いいえ　どちらとも言えない）
3．育てにくさを感じますか？　（はい　いいえ　どちらとも言えない）
4．育児の相談相手や協力者はいますか？　（はい　いいえ　どちらとも言えない）
5．最近（1 週間内）での気持ちにあうものを選んでください。



（　）　（　）　（　）　（　）　（　）　（　）

6．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。
健康的な不安がある　心に悩みを持っている　家事や仕事が忙しい　経済的な不安がある
パートナーとの関係に悩んでいる　祖父母との関係に悩んでいる　介護を必要とする人が身近にいる
その他（　　）

＜聴力検査＞　～保護者が行う絵シートによる『ささやき声検査』～

い　ぬ	く　つ	か　さ	ぞ　う	ね　こ	い　す

＜耳に関するアンケート＞お子さんに当てはまるところを○で囲んでください。

質　問　事　項	お　答　え	
1．家族や親類の方に小さい時から耳の聞こえが悪い方はいますか？	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．普段鼻づまり、鼻汁を出す、口で息をしている、喉（のど）かれがありますか？	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、聞こえの悪いと思う時がありますか？	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、聞こえが悪いと言われたことがありますか？	いいえ	は　い
6．話し言葉について遅れている、発音がおかしいなど気になることはありますか？	いいえ	は　い
7．あなたの言う言葉の意味が、動作などを加えないと伝わらないことがありますか？	いいえ	は　い