３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。あてはまる方に○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）

4．最近（1 週間内）での気持ちにあうものを選んでください。

楽しい	普通	微妙/疲れている	あせっている	悲しい/辛い	イライラ
(　)	(　)	(　)	(　)	(　)	(　)

5．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（　　）

視力検査質問票

＊あてはまる方に○をしてください。

1. 目つきや目の動きがおかしい	・はい	・いいえ
2. 黒目が内側に寄る、外、上、ななめ上にずれる	・はい	・いいえ
3. ひどくまぶしがる	・はい	・いいえ
4. 物を見るとき頭を傾けたり、横目で見たりする	・はい	・いいえ
5. 物に近づいて見る	・はい	・いいえ
6. 明るい屋外で片目をつぶって物を見ることがある	・はい	・いいえ
7. 黒目の中心が白っぽく見える	・はい	・いいえ
8. 黒目の大きさが左右で違う	・はい	・いいえ
9. 目が揺れている	・はい	・いいえ
10. まぶたがさがっている	・はい	・いいえ
11. 親、兄弟姉妹に弱視、斜視、生まれつきの目の病気の人がいる	・はい	・いいえ