

3歳6カ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 いいえ・はい (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、入浴時間など)										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">12</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">18</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">24</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	0	6	12	18	24					
0	6	12	18	24						
食欲 有・無 食事回数 1日 _____ 回 偏食 無・有 (_____) ひとりで食事が (ほぼできる・できない) 飲み物 (内容・量 _____)										
便の状態はどうか _____ 日に _____ 回 かため・ふつう・やわらかめ・下痢ぎみ トイレ利用の有無 有・無										
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										

今までにかかった病気 (無・有)	ひきつけ (無・有 回)
病名 _____ いつ頃 _____	病院名 _____

「音が聞こえていないのではないか」と感じることはありますか	いいえ・はい
名前を呼んでも振り向かないことが時々ありますか	いいえ・はい
最近テレビの音を大きくしたりしますか	いいえ・はい
話をしているときに聞き返すことが多いですか	いいえ・はい
小さな音にも反応しますか	はい・いいえ
砂利道などであまりころぶことなく自由に走り回れますか	はい・いいえ
ケンケンができますか	はい・いいえ
階段を一人で交互に足を出して上がれますか	はい・いいえ
肩たたきは交互にできますか	はい・いいえ
簡単な衣服の着脱が一人でできますか	はい・いいえ
自由に会話ができますか	はい・いいえ
発音で気になることはありますか	いいえ・はい
具体的に書いてください (_____)	
心配なクセはありますか	いいえ・はい
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。具体的に書いて下さい (_____)	
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 (_____)	