

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 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 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	

今までかかった病気 (無 ・ 有)	ひきつけ (無 ・ 有 回)
病名	いつ頃

「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たびたびありますか	いいえ ・ は い
最近テレビの音を大きくしますか	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
あまりこぼれ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。	
()	