

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 |