

1歳6か月児健康診査問診票

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ふりがな 氏 名	(男・女) 令和 年 月 日生			問診票記入者		父・母・その他 ()		
住 所				(同居の家族をお書きください) 家 族	続柄	年齢	職業・所属先	健康状態
保護者 氏名		当日 同伴者	父・母・その他 ()		父	歳		健康・否 ()
			母		歳		健康・否 ()	
			本児		1歳		健康・否 ()	
					歳		健康・否 ()	
					歳		健康・否 ()	
					歳		健康・否 ()	
日中の保育者 母・父・祖母・祖父・保育施設等・その他 () 今日の健診で相談したいこと								

該当するものの ☐ に「☒」をつけてください

1. 発育について心配なことがありますか ☐ いいえ ☐ はい

2. ひとりで上手に歩けますか ☐ はい ☐ いいえ
 歩きはじめはいつからですか (歳 か月)

3. 鉛筆やクレヨンを持ってなぐり書きをしますか ☐ はい ☐ いいえ

4. 小さなものがつまめますか ☐ はい ☐ いいえ

5. 人見知りの時期がありましたか ☐ はい (か月頃) ☐ いいえ

6. 大人の身振りや動作のまねをしますか ☐ はい ☐ いいえ

7. 「～を持ってきて」などの簡単な言葉がわかりますか ☐ はい ☐ いいえ

8. 絵本を見て知っているものを聞かれると指でさすことができますか ☐ はい ☐ いいえ

9. ママ、ブーブーなどの意味のある言葉が言えますか ☐ はい (言葉の数 語) ☐ いいえ
 例えばどんな言葉ですか ()

10. 他の子の遊ぶ様子を見たり、まねをしたりしますか ☐ はい ☐ いいえ
 好きな遊び ()

11. 目について気になることがありますか ☐ いいえ ☐ はい

12. 耳の聞こえが悪いと思ったことがありますか ☐ いいえ ☐ はい

13. “ささやき声”で名前を呼んだ時に振り向きますか ☐ はい ☐ いいえ

14. (男子のみ) 睾丸(こうがん)は2個触れますか ☐ はい ☐ いいえ

15. 仕上げみがきをしていますか ☐ 毎日 ☐ とときどき ☐ いいえ

16. かかりつけの歯科医はいますか ☐ はい ☐ いいえ
☐ 歯科医療機関名 ()

17. 歯科医院でフッ化物歯面塗布を受けていますか ☐ はい ☐ いいえ

18. 食事について心配なことがありますか 食事の回数 (1日 回) ☐ いいえ ☐ はい
☐ 小食 ☐ むら食い ☐ 好き嫌い ☐ 遊び食い ☐ かめない ☐ 飲み込めない ☐ 丸飲み
☐ その他 ()

19. 手づかみまたはスプーン等で自分で食べようとしますか ☐ はい ☐ いいえ

20. おやつ時間を決めていますか ☐ はい ☐ だいたい ☐ いいえ
 主なもの () 1日 回

21. よく飲む飲み物を記入してください
 主なもの () 1日 ml 牛乳(1日 回、計 ml)

22. 現在、哺乳びんを使っていますか ☐ いいえ (☐ 歳 か月まで使用 ☐ 使わなかった) ☐ はい (回/日)

23. 現在、母乳を飲んでいますか ☐ いいえ ☐ はい (回/日)

(裏面に続きます)

ふりがな
氏 名

24. 大・小便のことで気になることがありますか
大便の回数 日に 回

☐ いいえ
☐ はい

25. 睡眠のことで困っていますか

☐ いいえ
☐ はい

26. 生活リズムは決まっていますか

☐ はい
☐ だいたい
☐ いいえ

起床 時 分頃、 就寝 時 分頃、 昼寝 時頃から 時間位

27. テレビや動画を見せたり、ゲームをさせていますか

☐ いいえ
☐ はい
時間位

28. これまでに何か病気にかかったことがありますか

☐ いいえ
☐ はい ()

29. これまでにひきつけをおこしたことがありますか

☐ いいえ
☐ はい (回)

29. これまでに治療を必要とする事故を経験したことがありますか

☐ いいえ
☐ はい

☐ 転落
☐ 交通事故
☐ 風呂場での事故
☐ やけど
☐ 誤飲(たばこ・薬・ボタン電池・その他)

31. これまでの健診で何か問題がありましたか

☐ いいえ
☐ はい ()

32. 現在、治療や経過観察中の病気がありますか

☐ いいえ
☐ はい ()

33. かかりつけ医はいますか

☐ はい
☐ いいえ

☐ 医療機関名 ()

34. こどもへの対応で困っていることがありますか

☐ いいえ
☐ はい ()

35. 育児について気軽に相談できる人はいますか

☐ いる
☐ いない

☐ 配偶者・パートナー
☐ 友人
☐ 実父母
☐ 義父母
☐ 近所の人
☐ その他 ()

36. 育児を一緒にする人・協力してくれる人はいますか

☐ いる
☐ いない

☐ 配偶者・パートナー
☐ 友人
☐ 実父母
☐ 義父母
☐ 近所の人
☐ その他 ()

37. ゆったりした気分でこどもと過ごせる時間がありますか

☐ はい
☐ いいえ
☐ どちらでもない

38. 育児をしている中での気持ちをお聞かせください(いくつでも可)

☐ 楽しい
☐ かわいい
☐ イライラすることが多い
☐ 不安がある
☐ 疲れる
☐ 自信が持てない
☐ つらい
☐ その他 ()

39. 保護者自身や家族のことで心配なことがありましたらお書きください

☐ 健康について
☐ 心の悩みについて
☐ 経済的な心配
☐ 家事や仕事が忙しい
☐ パートナーとの関係
☐ 祖父母との関係
☐ その他 ()

これまでを受けた予防接種

受けたものに○をつけてください

・ Hib (ヒブ)

未・1回・2回・3回・追加

・ BCG

未・済

・ 小児用肺炎球菌

未・1回・2回・3回・追加

・ 麻しん・風しん(第1期)

未・済

・ B型肝炎

未・1回・2回・3回

・ 水痘

未・1回・2回

・ ロタ

未・1回・2回・3回

・ おたふく

未・1回

・ 四種混合

未・1回・2回・3回・追加

・ その他 ()

・ 五種混合

未・1回・2回・3回・追加

統計区分 (この欄は記入しないでください)

身長 cm

体重 kg

肥満度 %

1. 受診結果

☐ 異常なし
☐ 既医療
☐ 要観察
☐ 要医療 (☐ 精神面 ☐ 身体面)
☐ 要精密

2. 当日助言指導

☐ 心理
☐ 保健
☐ 栄養
☐ 歯科

3. 身体

心疾患 ☐
眼 ☐
耳・鼻 ☐
皮膚 ☐
神経・運動 ☐
他 ☐

1 既医療 2 要観察
3 要医療 4 要精密

4. 発達

言語 ☐
対人 ☐
その他 ☐

5. 養育 ☐

6. 事後指導

☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7