

3歳児健康診査問診票

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

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	Tel	保護者 氏名	当日 同伴者	父・母・その他 ()	家 族 (同居の家族をお書きください)	続柄	年齢	職業・所属先	健康状態
						父	歳		健康・否 ()
母	歳		健康・否 ()						
本児	3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

- からだの発育について心配がありますか ☐ いいえ ☐ はい
- 言葉について心配がありますか ☐ いいえ ☐ はい
☐ 発音がおかしい ☐ 吃音 ☐ 言葉がおそい ☐ 会話が成り立たない ☐ その他 ()
- 歩き方や運動について心配がありますか (歩き方・走り方・ジャンプ・その他) ☐ いいえ ☐ はい
- 手先の動きが気になりますか ☐ いいえ ☐ はい
- 目について気になることがありますか ☐ いいえ ☐ はい
- 耳の聞こえで気になることがありますか ☐ いいえ ☐ はい
- (男子のみ) 睾丸(こうがん)は2個触れますか ☐ はい ☐ いいえ
- しつけや対応で困っていることがありますか ☐ いいえ ☐ はい
☐ ひどく落ち着きがない ☐ こわがり ☐ 指しゃぶり ☐ その他 ()
- 自分でできることを自分でしようとするか (食事・排泄・服の着脱など) ☐ はい ☐ いいえ
- 他の子とやりとりしながら遊べますか ☐ はい ☐ いいえ
 どんな遊びが好きですか ()
- テレビや動画を見させていますか ☐ いいえ ☐ はい _____ を _____ 時間位
- ゲーム(携帯用ゲーム・スマホアプリなど)をさせていますか ☐ いいえ ☐ はい _____ を _____ 時間位
- 夜の睡眠について心配がありますか ☐ いいえ ☐ はい 起床 _____ 時 就寝 _____ 時
- 大・小便について困っていることがありますか 便 _____ 日に _____ 回 ☐ いいえ ☐ はい
- 食事について困っていることがありますか 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 ☐ その他 ()
- おやつ時間を決めていますか ☐ はい ☐ いいえ
 1日 _____ 回 (内容 _____) 牛乳(1日 _____ 回、計 _____ ml)
- 仕上げみがきをしていますか ☐ 毎日 ☐ ときどき ☐ いいえ
- かかりつけの歯科医はいますか ☐ はい ☐ いいえ

➡ 受診内容 (☐ 治療 ☐ 定期健診 ☐ フッ化物歯面塗布)

歯科医療機関名 ()

(この欄は記入しないでください)

(裏面に続きます)

ふりがな氏名

19. かかりつけ医はいますか

☐ はい

☐ いいえ

➤

医療機関名()

20. 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()

21. 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)

22. 現在、治療や経過観察中の病気がありますか

☐ いいえ

☐ はい()

23. 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()

24. 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()

25. ゆったりした気分でもともと過ごせる時間がありますか

☐ はい

☐ いいえ

☐ どちらともいえない

26. 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()

27. 自分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()

(この欄は記入しないでください)

これまでに受けた予防接種

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	・ 日本脳炎	未・1回・2回・追加
・ 四種混合	未・1回・2回・3回・追加	・ おたふく	未・1回
・ 五種混合	未・1回・2回・3回・追加	・ その他()	

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(-)%

受付番号

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

☐

4. 発達

言語

☐

対人

☐

その他

☐

5. 養育

☐

6. 視覚検査

☐ 視覚検査

☐ 異常なし

☐ 既に治療・経過観察者

☐ 要精検

7. 事後指導

☐ 1 2

☐ 3 4

☐ 5 6

☐ 7

1 既医療 2 要観察

3 要医療 4 要精密

1152