

### 3歳児健康診査アンケート

★当てはまる所を○で囲み、( )に記入してください。 ※健康診査アンケートは、主にお子さんのお世話をなさっている方が記入してください。

| 質問事項                                       | 答え  | 備考     | 質問事項                                       | 答え            | 備考 |
|--|---|--------|--|---------------|----|
| ①テレビや動画、タブレット、スマートフォン等を一日何時間見ますか           | ( )時間   |        | ①目つきや目の動きがおかしいと思うことがありますか                  | はい いいえ        |    |
| ②食事やおやつ時間は決めていますか                          | はい いいえ  |        | ②黒目が内側に寄る、外、上、ななめ上にずれることがありますか             | はい いいえ        |    |
| ③食事について気になることがありますか                        | はい いいえ  |        | ③ひどくまぶしがることがありますか                          | はい いいえ        |    |
| ④衣服の着脱を一人でできますか                            | はい いいえ  |        | ④ものをみるとき頭を傾けたり、横目で見たりすることがあります             | はい いいえ        |    |
| ⑤排尿排便で気になることがありますか                         | はい いいえ  |        | ⑤物に近づいて見ることがありますか                          | はい いいえ        |    |
| ⑥気になるくせがありますか                              | はい いいえ  |        | ⑥明るい屋外で片目をつぶってものを見ることがありますか                | はい いいえ        |    |
| ★就園していますか                                  | ・はい → ( )保育園・幼稚園 ( )年( )月～<br>・いいえ → 主な保育者：朝( )昼( )夜( )<br>・就園予定 → 令和( )年( )月～( )保育園・幼稚園 予定 |        | ⑦黒目の中心が白っぽくみえると思うことがありますか                  | はい いいえ        |    |
| ★お子様の平日の生活をご記入ください。(起床・食事・お昼寝・おやつ・入浴・就寝など) | 0 6 12 18 24 目  |        | ⑧黒目の大きさが左右で違うと思うことがありますか                   | はい いいえ        |    |
|  |   |        | ⑨目が揺れていると思うことがありますか                        | はい いいえ        |    |
|  |   |        | ⑩まぶたがさがっていると思うことありますか                      | 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方がいますか            | はい いいえ        |    |
|  |   |        | ⑫現在、治療中ですか                                 | はい いいえ        |    |
|  |   |        | はいの方→医療機関名( )病名( )                         |               |    |
|  |   |        | ⑬その他( )                                    |               |    |
|  |   |        | ⑭視力検査の結果、見えたものに○、見えなかったものに×をつけて下さい         |               |    |
|  |   |        | 右眼   | 左眼            |    |
|  |   |        | チョウ さかな とり はな                              | チョウ さかな とり はな |    |
|  |   |        | ※視力検査ができなかった方は理由をご記入ください。                  |               |    |
| ①育児を楽しんでいますか                               | はい いいえ  |        | ①家族、親戚の方に、小さい時から耳の聞こえのわるい方がいますか            | はい いいえ        |    |
| ②育児は疲れますか                                  | はい いいえ  |        | ②中耳炎に何回か、かかったことがありますか                      | はい いいえ        |    |
| ③育児について、困難を感じるがありますか                       | はい いいえ  |        | ③現在治療中ですか                                  | はい いいえ        |    |
| ④家族は育児に参加してくれますか                           | はい いいえ  |        | はいの方→医療機関名( )病名( )                         |               |    |
| ⑤育児の相談相手はいますか 主にどなたですか( )                  | はい いいえ  |        | ④ふだん鼻づまり、鼻汁をだす、口で息をしている、のどれかがありますか         | はい いいえ        |    |
| ⑥お母さんの身体の調子は良いですか                          | はい いいえ  |        | ⑤名前を呼んだり話しかけたりした時、返事をしないことや聞き返すことがありますか    | はい いいえ        |    |
| ①まねて○が書けますか                                | はい いいえ  |        | ⑥テレビの音を普通より大きくするなど、聞こえの悪いと思うときがありますか       | はい いいえ        |    |
| ②自分でボタンをかけられますか                            | はい いいえ  |        | ⑦保育所の保育士など、お子さんに接する人から、聞こえが悪いと言われたことがありますか | はい いいえ        |    |
| ③まっすぐに歩けますか                                | はい いいえ  |        | ⑧あなたの言うことばの意味が、動作などを加えないと伝わらないことがありますか     | はい いいえ        |    |
| ④手を使わずに階段をのぼれますか                           | はい いいえ  |        |  |               |    |
| ⑤走ることができますか                                | はい いいえ  |        |  |               |    |
| ①自分の名前と年齢が言えますか                            | はい いいえ  | 姓・名・年齢 |  |               |    |
| ②言葉について気になることがありますか                        | はい いいえ  |        |  |               |    |
| a.単語しか出ない b.不明瞭 c.どもる d.その他( )             |   |        |  |               |    |
| ③「なあに」「なんで」などの質問をしますか                      | はい いいえ  |        |  |               |    |
| ④「○○2つ取ってきて」と言われて「2つ」取ってくるができますか           | はい いいえ  |        |  |               |    |
| ⑤怪獣ごっこ、ままごとなど、ごっこ遊びができますか                  | はい いいえ  |        |  |               |    |
| ⑥友達と一緒に遊びますか                               | はい いいえ  |        |  |               |    |
| ⑦話をする時、お子さんと視線が合いますか                       | はい いいえ  |        |  |               |    |
| ⑧ひどく落ち着かないことがありますか                         | はい いいえ  |        |  |               |    |

★その他、心配なことがあればご記入ください。

### 3歳児アンケート

「すべての子どもが健やかに育つ社会」を目指し、子どもを取り巻く様々な実態を把握するため、厚生労働省よりアンケートの記入をお願いしています。今後の子育て・健康支援のため、ご協力をお願いします。なお、記入内容について、保健指導以外の目的で使用することはありませんので、ご安心ください。

★当てはまる所を○で囲んでください。 ※問診表は、主にお子さんのお世話をなさっている方が記入してください。

|   |   |
|---|---|
| ① 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか？                               | 1.なし 2.あり(1日 本)   |
| ② 現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか？                               | 1.なし 2.あり(1日 本)   |
| ③ この地域で、今後も子育てをしていきたいですか？                               | 1.そう思う<br>2.どちらかといえばそう思う<br>3.どちらかといえばそう思わない<br>4.そう思わない  |
| ④ お子さんのお父さんは、育児をしていますか？                                 | 1.よくやっている<br>2.時々やっている<br>3.ほとんどしない<br>4.何ともいえない  |
| ⑤ お子さんのお母さんはゆったりとした気分でお子さんとお過ごせる時間がありますか？               | 1.はい<br>2.いいえ<br>3.何ともいえない  |
| ⑥ あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか？                          | 1.いつも感じる<br>2.時々感じる<br>3.感じない   |
|   | 「1.いつも感じる」もしくは「2.時々感じる」と回答された方にお聞きします。育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決方法を知っていますか？                   |
|   | 1.はい 2.いいえ  |
| ⑦ 3歳から4歳頃までの多くの子どもは、「他の子どもから誘われれば遊びに加わろうとする」ことを知っていますか？ | 1.はい 2.いいえ  |
| ⑧ この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか？<br>(あてはまるもの全てに○を付けて下さい)    | 1.しつけのし過ぎがあった<br>2.感情的に叩いた<br>3.乳幼児だけを家に残して外出した<br>4.長時間食事を与えなかった<br>5.感情的な言葉で怒鳴った<br>6.いずれも該当しない |
| ⑨ お子さんのかかりつけの医師はいますか？                                   | 1.はい<br>2.いいえ<br>3.何ともいえない  |
| ⑩ お子さんのかかりつけの歯科医師はいますか？                                 | 1.はい<br>2.いいえ<br>3.何ともいえない  |

★お知らせ★  
本日で、乳幼児期に受診する健診はすべて終了となります。お子さんの成長に伴い、発育発達面で気になることや相談したいことなどがありましたら、就園先の先生や子育て支援係へご相談ください。また、年少児に進級後は、就学前まで子育て支援係担当と心理士とで保育園・幼稚園を巡回します。

