

- 10 食事について心配なことがありますか。(気になる項目すべてに☑をしてください。)
- 特にならない 遊び食べ 偏食する むら食い 食べるのに時間がかかる よく嘔まない ちらかし食べ
- 口から出す 小食 食べすぎる 食欲がない 早食い その他()

● 発育についてお聞きします。 ※当てはまる項目に☑を、()内には記入をお願いします。

- 1 一人で上手に歩きますか。 _____ はい (歳 か月頃から) いいえ
- 2 積み木を3つ積み重ねますか。 _____ はい いいえ
- 3 極端にまぶしがったり、目の動きが気になることがありますか。 _____ はい いいえ
- 4 ひとみが白く見えたり、黄緑色に光って見えたりすることがありますか。 _____ はい いいえ
- 5 当てはまる項目に☑してください。

- かんしゃくが激しい。(どんなふうにも) _____)
- つま先歩きで歩くことが多い。 子どもにしては几帳面すぎる、特定の物に執着しすぎる等、こだわりがある。 _____)
- マイペース (どんなふうにも) _____)
- おとなしすぎる。(どんなふうにも) _____)
- 多動で手を離すとどこに行くかわからない。 物を横目で見たり、極端に目を近づけて見たりする。 _____)
- ある1つの遊びに極端にこだわる。
(玩具や瓶・缶などを並べる遊びに没頭する。玩具の車で遊ぶ時、タイヤが回ることだけに注目するなど)
- 教えてはいるがよく知っている。(マーク、文字、数字など特定のもの)
- 身体に触れられることを嫌がる。 手が汚れたりぬれたりすると極端に嫌がる。 特定の音を嫌がる。
- 大人にも気づきにくいような小さい音によく気づく。 寝つきが悪く目がさめやすい。
- 身体を同じパターンで動かし続けることがある。(例:手をひらひらさせる、ぐるぐる回る、びよんびよんはねる、頭をぐんぐん打ちつけるなど)

- 6 おもちゃの車を走らせたり、人形を抱いたりして遊びますか。 _____ はい いいえ
- 7 ほめると喜びますか。 _____ はい いいえ
- 8 他の子どもを見ると、近づいて行って顔をのぞくなど関心を示しますか。 _____ はい いいえ
- 9 見せたい物を持ってきますか。 _____ はい いいえ
- 10 視線が合いますか。 _____ はい いいえ
- 11 お父さんやお母さんなどのしぐさのまねをしますか。(※) _____ はい いいえ
- 12 絵本を見て知っている物を言ったり、聞くと指さしたりして、一緒に楽しめますか。(※) _____ はい いいえ
- 13 お父さんやお母さんなどが指さすと指さされた方を見ますか。 _____ はい いいえ
- 14 1歳半から2歳頃までの多くの子どもは、「何かに興味を持った時に、指さして伝えようとする」ことを知っていますか。 はい いいえ

注) ※印のある質問は、次の「聞こえや言葉」の質問にも関連しています。

● 聞こえや言葉についてお聞きします。 ※当てはまる項目に☑を、()内には記入をお願いします。

- 1 欲しい物を指さして教えてくれることがありますか。 _____ はい いいえ
- 2 「ワンワンどこ」などと聞くと指さしますか。 _____ はい いいえ
- 3 食べ物を「マンマ」、車を「ブーブー」等意味のある言葉をしゃべりますか。 はい (歳 か月頃から) いいえ
- 「はい」の場合、具体的に記入してください。()
- 4 「～を持ってきて」等の簡単な言いつけに従いますか。 _____ はい いいえ
- 5 家族(父母、祖父母、兄弟姉妹など)に、小さい時から聞こえの悪い方がいますか。 _____ はい いいえ
- 6 後ろから名前を呼んだ時、振り向きませんか。 _____ はい いいえ
- 7 小さな声で話しかけた時、気づかないなど、耳の聞こえが悪いと思ったことがありますか。 _____ はい いいえ

● 子育てのことなどについてお聞きします。 ※当てはまる項目に☑を、()内には記入をお願いします。

- 1 子育ては楽しいと思いますか。 _____ とてもそう思う そう思う あまり思わない 全く思わない
- 2 お子さんとはよく遊んだり話したりしていますか。 _____ はい いいえ
- 3 ゆったりした気分で子どもと過ごせる時間はありますか。 _____ はい いいえ 何ともいえない
- 4 お子さんの世話をしている方はどなたですか。
昼間:お子さんの 父 母 祖父 祖母 保育園等() その他()
夜間:お子さんの 父 母 祖父 祖母 保育園等() その他()
- 5 お子さんのお父さんは、育児をしていますか。 _____ よくやっている 時々やっている ほとんどしない 何ともいえない
- 6 お父さんの他に家事や子育てを手伝ってくれる方がいますか。 _____ いる(誰ですか) いない
- 7 家族で育児について話すことがありますか。 _____ はい いいえ
- 8 家族の中で育児の意見が食い違って困ることがありますか。 _____ はい いいえ
- 9 子育てをしていて、イライラすることが多いですか。 _____ はい いいえ
- 「はい」の方は、それはどのような時ですか。()
- 10 この数か月間に、ご家庭で以下のことがありましたか。
 しつけのし過ぎがあった 感情的に叩いた 乳幼児だけを家に残して外出した 長時間食事を与えなかった
 感情的な言葉で怒鳴った 子どもの口をふさいだ 子どもを激しく揺さぶった いずれも該当しない
- 11 お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。 _____ いつも感じる 時々感じる 感じない
育てにくさを感じた時に、何らかの解決方法を知っていますか。(例:相談先を知っているなど) _____ はい いいえ
- 12 子育てのことで不安に思ったり、悩んだりすることはありますか。 _____ よくある 時々ある あまりない ほとんどない
「よくある」「時々ある」の方はどのような時ですか。()
- 13 悩んだり困ったりした時相談に乗ってくれる方がいますか。 _____ いる(誰ですか) いない
- 14 現在お住まいの地域で、今後も子育てをしていきたいですか。
 そう思う どちらかと言えばそう思う どちらかと言えばそう思わない そう思わない

<保護者記入欄は以上です。受診当日には必ずご質問票と受診券を協力医療機関の窓口にご提出ください。>

1歳6か月児健康診査結果票

医療機関 記入用

令和3年3月31日までご利用いただけます。

医療機関記入欄				
受診年月日	令和	年	月	日
発 育	身長	体重	胸囲	頭囲
	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
		発育(栄養状態)		
		□ 良 □ 要指導		
診 察	項目	診察所見		
	先 天 異 常	□ 無 ・ □ 有 ()		
	耳 の 異 常	□ 無 ・ □ 有 (聴覚・その他)		
	目 の 異 常	□ 無 ・ □ 有 (視覚・その他)		
	循 環 器 系 疾 患	□ 無 ・ □ 有 (心雑音・その他)		
	呼 吸 器 系 疾 患	□ 無 ・ □ 有 (ぜんそく性疾患・その他)		
	消 化 器 系 疾 患	□ 無 ・ □ 有 (膨満・腫瘤・鼠経ヘルニア・臍ヘルニア・その他)		
	泌 尿 生 殖 器 系 疾 患	□ 無 ・ □ 有 (停留睪丸・外性器異常・その他)		
	皮 膚 疾 患	□ 無 ・ □ 有 (湿疹・乾燥・その他)		
	運 動 機 能 異 常	□ 無 ・ □ 有 ()		
	精 神 発 達 障 害	□ 無 ・ □ 有 (精神発達遅滞・言語発達遅滞)		
そ の 他 の 異 常	□ 無 ・ □ 有 ()			
判 定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 既 医 療 <input type="checkbox"/> 要 観 察 <input type="checkbox"/> 要 医 療 (<input type="checkbox"/> 精神面 ・ <input type="checkbox"/> 身体面) <input type="checkbox"/> 要 精 密			
	[医師署名]			
精 密 検 査	<input type="checkbox"/> 身体面	保健センターから保護者に対して精密検査受診券を交付します。		
		紹介状 : <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 紹介先名称 : []		
	<input type="checkbox"/> 精神面	保健センターから保護者に連絡し、精密検査の受診方法について調整します。		
育 児 支 援	保健センターによる相談支援 : <input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要			

実施医療機関				
実 施 日	令和	年	月	日
	所 在 地			
	名 称			
	管 理 者 氏 名			印
	電 話 番 号			

※医療機関の方へ(送付方法について)
 1歳6か月児健康診査結果票に実施医療機関名及び管理者印を記入・押印し、事前に送付した返信用封筒に同封の上、広島市こども未来局こども・家庭支援課に送付してください。

1歳6か月児健康診査を受診されない場合

1 質問票(表面及びその裏面)をご記入ください。

2 健診を受診されない方にお聞きします。その理由は何ですか。

※当てはまる項目に☑を、()には記入をお願いします。

医療機関で既に健診を受けた。

受診日: 西暦 年 月 日 医療機関名:

子どもの病気のため受診できない。

保護者の仕事で休めない。

その他 ()

3 お手数をおかけいたしますが、この用紙をお住いの区の下記の住所に郵送して下さい。

中区	〒730-8565 広島市中区大手町四丁目1番1号 中区 地域支えあい課 地域支援第一係
東区	〒732-8510 広島市東区東蟹屋町9番34号 東区 地域支えあい課 地域支援第一係
南区	〒734-8523 広島市南区皆実町一丁目4番46号 南区 地域支えあい課 地域支援第一係
西区	〒733-8535 広島市西区福島町二丁目24番1号 西区 地域支えあい課 地域支援第一係
安佐南区	〒731-0194 広島市安佐南区中須一丁目38番13号 安佐南区 地域支えあい課 地域支援第一係
安佐北区	〒731-0221 広島市安佐北区可部三丁目19番22号 安佐北区 地域支えあい課 地域支援第一係
安芸区	〒736-8555 広島市安芸区船越南三丁目2番16号 安芸区 地域支えあい課 地域支援係
佐伯区	〒731-5195 広島市佐伯区海老園一丁目4番5号 佐伯区 地域支えあい課 地域支援第一係