

② 3歳児健康診査質問票 (保護者の方は健康診査受診までに記入をお願いします。)

幼児氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
フリガナ(姓と名の間は一枠あけてください)			生年月日	西暦	年
連絡先	住所	区	電話番号	母携帯	-
	居所	※実際の住まいが上記住所と異なる場合はご記入ください。		父携帯	-
		区		自宅	-

● 相談したい内容について(心配なこと、困っていること等)お子さんのことだけに限らず、自由に記入してください。

● お子さんのご家族の状況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 お子さんからみた同居の家族は誰ですか。(当てはまる人に☑をし、枠内に人数、年齢を記入してください。)

父 母 祖父 祖母 兄 ()人 ()歳 ()歳 ()歳 姉 ()人 ()歳 ()歳 ()歳

弟 ()人 妹 ()人 その他 ()

2 家族の中でたばこを吸う人がいますか。

母: 吸う (1日 ()本) 吸わない / 父: 吸う (1日 ()本) 吸わない / その他: 吸う人がいる

● 妊娠中からの状況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。

妊娠中や出産時のお母さんの状況 病気が異常がありましたか。 なし ・ あり : 切迫流産 妊娠高血圧症候群 風しん その他 ()

お産の状況 妊娠期間 (妊娠 ()週) 自然分娩 吸引分娩 帝王切開 異常なし その他 ()

お子さんの乳児期からの発達状況 首のすわり ()か月 一人歩き ()か月 片語の言い始め ()か月
後追い ()か月 人見知り ()か月

生まれた時から今までのお子さんの状況 <出生時> 体重 ()g 身長 ()cm 頭囲 ()cm 胸囲 ()cm
 異常なし 異常あり (仮死 けいれん 黄疸 酸素吸入 保育器使用 その他 ())

今までにかかった病気 なし あり (月齢: ()か月、病名: ())

現在治療中の病気 なし あり (病名: () 医療機関名: ())

お子さんのかかりつけの医師はいますか。 はい いいえ 何ともいえない

お子さんのかかりつけの歯科医師はいますか。 はい いいえ 何ともいえない

● これまでに受けた予防接種についてお聞きします。 ※当てはまる項目に○を付けてください。

Hib(1回・2回・3回・追加) 小児肺炎球菌(1回・2回・3回・追加) BCG B型肝炎(1回・2回・3回)
ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ(1回・2回・3回・追加) 麻しん・風しん 1期 水痘(1回・2回) 日本脳炎(1回・2回・追加)

● 生活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 パンツを一人ではきますか。 はい いいえ

2 大便是一人ですますか。(後始末はできなくてもよい。) はい いいえ

3 顔や手は、自分で洗ってふきますか。 はい いいえ

4 お子さんの事故防止のための環境整備に心がけていますか。 はい いいえ
(お子さんの手の届くところに薬やたばこ等を置かない、風呂場等での溺水や転落防止等)

5 テレビやビデオを1日平均何時間くらい見せていますか。 ()時間

6 お子さんの1日のだいたいの生活リズムを記入してください。

起きる時間	()時頃	寝る時間	()時頃
食事の時間	朝 ()時頃	昼 ()時頃	夕 ()時頃
おやつ	()時頃	()時頃	()時頃
昼寝の時間	()時頃から	()時頃までの	()時間

7 お子さんの歯の仕上げみがきをしていますか。 はい (毎日 ・ 時々) いいえ

8 定期的に歯科健診やフッ素塗布を受けていますか。 はい いいえ

● 食事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 次の食事をとっていますか。とっている食事を☑してください。 朝食 昼食 夕食

2 おやつ(間食)の回数を決めていますか。 はい ()回 いいえ 与えていない

3 よく飲む物は何ですか。(1日に与える量を記入してください。)

牛乳・育児用ミルク () ml ジュース () ml 乳酸菌飲料 () ml

スポーツ飲料 () ml お茶 () ml その他 () ml

4 食事にはビデオ・テレビなどを消していますか。 はい いいえ

5 「いただきます」「ごちそうさま」のあいさつをしていますか。 はい いいえ

6 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 よく噛まない 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 ()

<裏面も記入してください>

● 発育・発達等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 両足をそろえて前に飛べますか。 _____ はい (歳 か月頃から) いいえ
- 2 片足で2~3秒立つことができますか。 _____ はい いいえ
- 3 丸を描きますか。 _____ はい いいえ
- 4 ボタンをかけることができますか。 _____ はい いいえ
- 5 はさみで紙が切れますか。 _____ はい いいえ
- 6 当てはまる項目に☑してください。

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 初めての場所や知らない人が非常に苦手 | <input type="checkbox"/> つま先歩きで歩くことが多い。 |) |
| <input type="checkbox"/> かんしゃくが激しい (どんなふう) | |) |
| <input type="checkbox"/> 子どもには何帳面すぎる、特定の物に執着しすぎる等、こだわりがある。 | |) |
| <input type="checkbox"/> マイペース (どんなふう) | |) |
| <input type="checkbox"/> 乱暴すぎる (どんなふう) | |) |
| <input type="checkbox"/> 教えてはいないがよく知っている。(マーク、文字、数字など特定のもの) | | |
| <input type="checkbox"/> 身体に触れられることを嫌がる。 | <input type="checkbox"/> 手が汚れたりぬれたりすると極端に嫌がる。 | |
| <input type="checkbox"/> 痛みや熱さなどに鈍感であったり、逆に敏感だったりする。 | <input type="checkbox"/> 特定の音を嫌がる。 | |
| <input type="checkbox"/> 大人にも気づきにくいような小さい音によく気づく。 | <input type="checkbox"/> 物を横目で見たり、極端に目を近づけて見たりする。 | |
| <input type="checkbox"/> 多動で、手を離すとどこに行くかわからない。 | <input type="checkbox"/> 寝つきが悪く目がさめやすい。 | |
| <input type="checkbox"/> 特定の物(毛布、ぬいぐるみ、バスタオルなど)に強い愛着を示す。 | | |
| <input type="checkbox"/> 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) | | |
| <input type="checkbox"/> おもちゃなど何でも口に入れる癖がある。 | <input type="checkbox"/> 性器をいじるくせがある。 | |

- 7 言葉の遅れが気になりますか。(自分の名前や年齢が言えない、二つの言葉をつないで話せない、大人と会話ができないなど) _____ はい いいえ
- 8 言葉での指示が伝わりにくいですか。 _____ はい いいえ
- 9 人の言葉をそのままおうむ返しに言うことが続いていますか。 _____ はい いいえ
- 10 どもりますか。 _____ はい いいえ
- 11 発音が聞き取りにくいですか。 _____ はい いいえ
- 12 赤・青・黄色がわかりますか。 _____ はい いいえ
- 13 大小・上下がわかりますか。 _____ はい いいえ
- 14 数個の物の中から「2つ取って」というと、取り出すことができますか。 _____ はい いいえ
- 15 よく知っている人が近くにいることがわかっていれば、離れて遊ぶことができますか。 _____ はい いいえ
- 16 男・女の区別がわかりますか。 _____ はい いいえ
- 17 順番を待ったり、物の貸し借りができますか。 _____ はい いいえ
- 18 役割を持って(ままごとのお母さん役など)遊べますか。 _____ はい いいえ
- 19 家の中の簡単なお手伝いができますか(食事の準備等)。 _____ はい いいえ
- 20 自分で何でもしたがりですか。 _____ はい いいえ
- 21 自分の物と、他人の物と区別して扱えますか。 _____ はい いいえ
- 22 しっかり目を見て話が聞けますか。 _____ はい いいえ
- 23 相手が嫌がっていることに気づきますか。 _____ はい いいえ
- 24 困った時に助けを求めますか。 _____ はい いいえ
- 25 しかられても笑っていたり、ほめられても喜ぶ様子がみられないことがありますか。 _____ はい いいえ
- 26 友達と喜んで遊びますか。 _____ はい いいえ
- 27 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。 _____ 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
- 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
- 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 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。受診当日には必ずこの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。>

3歳児健康診査結果票

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	太字は、副本登録連携情報(必須記入項目)です。		
発 育	身長	体重	頭囲	発育(栄養状態)
	<input type="text"/> <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="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要指導
検 査	尿 検 査	蛋白	糖	潜血
		<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> +
	視覚アンケート	<input type="checkbox"/> できた ・ <input type="checkbox"/> 出来なかった <input type="checkbox"/> 持参無し		
	聴覚アンケート	<input type="checkbox"/> できた ・ <input type="checkbox"/> 出来なかった <input type="checkbox"/> 持参無し		
診 察	項目	診察所見		
	先 天 異 常	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()		
	耳 の 異	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)		
		耳判定: <input type="checkbox"/> 異常無 ・ <input type="checkbox"/> 既医療 ・ <input type="checkbox"/> 要経観 ・ <input type="checkbox"/> 要精検		
	目 の 異	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 両目 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼)		
		目判定: <input type="checkbox"/> 異常無 ・ <input type="checkbox"/> 既医療 ・ <input type="checkbox"/> 要経観 ・ <input type="checkbox"/> 要精検		
	循環器系疾患	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()		
	呼吸器系疾患	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (ぜんそく性疾患・その他)		
	消化器系疾患	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (膨満・腫瘍・鼠経ヘルニア・臍ヘルニア・その他)		
	泌尿器系疾患	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (停留睾丸・外性器異常・その他)		
	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (湿疹・乾燥・その他)		
	運動機能異常	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()		
精神発達障害	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (精神発達遅滞・言語発達遅滞)			
その他の異常	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	所 在 地	<input type="text"/>	名 称	<input type="text"/>
		管 理 者 氏 名	<input type="text"/>		
		電 話 番 号	<input type="text"/>		
				印	<input type="text"/>

※医療機関の方へ(送付方法について)
 3歳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、本紙とお子さんの目と耳に関するアンケートを同封の上、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。

3歳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