

(別添5)

基本情報票

整理番号:

|                                                                                                                                                                               |                   |    |        |            |                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----|--------|------------|---------------------------------------|
| フリガナ                                                                                                                                                                          | 生年月日              | 性別 | 出生順    | 出生時体重      | g                                     |
| こどもの氏名                                                                                                                                                                        | 平成 年 月 日<br>令和    | 歳  | 第( )子  |            |                                       |
| フリガナ                                                                                                                                                                          | 生年月日              | 年齢 | 職業     | 栄養方法       | 1. 母乳 2. 人工乳 3. 混合                    |
| 父の氏名                                                                                                                                                                          | 昭和 年 月 日<br>平成 令和 | 歳  | 無・有( ) | 先天性代謝異常等検査 | 異常 無・有( )                             |
| フリガナ                                                                                                                                                                          |                   | 年齢 | 職業     | 新生児聴覚検査    |                                       |
| 母の氏名                                                                                                                                                                          | 昭和 年 月 日<br>平成 令和 | 歳  | 無・有( ) | (1) 初回検査   | 受けた(正常・要再検)・受けていない<br>→再検結果(正常・要精密検査) |
| 住所                                                                                                                                                                            |                   |    |        |            |                                       |
| 電話番号                                                                                                                                                                          |                   |    |        |            | (2) 精密検査<br>受けた(正常・異常)・受けていない         |
| 予防接種                                                                                                                                                                          |                   |    |        |            |                                       |
| (1) インフルエンザ菌b型(Hib) (1・2・3・追加)<br>(2) 小児用肺炎球菌 (1・2・3・追加)<br>(3) DPT-IPV(四種混合) 第1期初回(1・2・3)・第1期追加<br>(4) BCG<br>(5) 麻しん・風しん (1・2)<br>(6) 水痘 (1・2)<br>(7) 日本脳炎 第1期初回(1・2)・第1期追加 |                   |    |        |            |                                       |
| 発達                                                                                                                                                                            |                   |    |        |            |                                       |
| 1 笑う か月<br>2 追視 か月<br>3 定嚙 か月<br>4 人の声のする方に向く か月<br>5 おもちゃをつかむ か月<br>6 お座り か月<br>7 発語 か月<br>8 ひとり歩き か月<br>9 二語文 歳                                                             |                   |    |        |            |                                       |

か月児健康診査票(参考として3～4か月児健康診査票を掲げる)

受診日 令和 年 月 日

|              |  |    |   |    |    |       |  |
|--------------|--|----|---|----|----|-------|--|
| 身体測定(生後( )日) |  | 身長 |   | 体重 | 頭囲 | カウプ指数 |  |
|              |  | cm | g | g  | cm |       |  |

|                                              |               |             |  |  |  |  |                                                                                  |
|----------------------------------------------|---------------|-------------|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------|
| 既往症                                          | 無・有( )        |             |  |  |  |  |                                                                                  |
| 診察所見                                         | 1 身体的発育異常     | ア 笑わない      |  |  |  |  | 9 斜頸                                                                             |
|                                              | 2 精神発達障害      | イ 喃語が出ない    |  |  |  |  | 10 循環器系疾患                                                                        |
|                                              |               | ウ 視線が合わない   |  |  |  |  | 11 呼吸器系疾患                                                                        |
|                                              | 3 けいれん        |             |  |  |  |  | 12 消化器系疾患                                                                        |
|                                              | 4 運動発達異常      | ア 定頸未完了     |  |  |  |  | 腹部膨満・腹部腫瘤<br>イ そけいヘルニア<br>ウ 臍ヘルニア<br>エ 便秘<br>オ その他<br>ア 停留精巣<br>イ 外性器異常<br>ウ その他 |
|                                              | 5 神経系・感覚器系の異常 | イ 物をつかまない   |  |  |  |  |                                                                                  |
|                                              |               | イ 斜視        |  |  |  |  |                                                                                  |
|                                              |               | ウ 聴覚異常      |  |  |  |  |                                                                                  |
|                                              |               | エ 筋緊張異常     |  |  |  |  |                                                                                  |
|                                              |               | オ その他       |  |  |  |  |                                                                                  |
|                                              | 6 血液疾患        | ア 貧血        |  |  |  |  | 13 泌尿器系疾患                                                                        |
|                                              |               | イ その他       |  |  |  |  | 14 先天性代謝異常                                                                       |
|                                              | 7 皮膚疾患        | ア 湿疹        |  |  |  |  |                                                                                  |
|                                              |               | イ その他       |  |  |  |  | 15 先天性形態異常(頭・顔面・四肢・体幹等)                                                          |
|                                              | 8 股関節         | ア 開排制限      |  |  |  |  | 16 その他の異常                                                                        |
|                                              |               | イ M字型開脚ではない |  |  |  |  |                                                                                  |
| 判定<br>1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察<br>4 要紹介(要精密・要治療) |               |             |  |  |  |  |                                                                                  |
| 紹介先                                          |               |             |  |  |  |  |                                                                                  |
| 診査医名                                         |               |             |  |  |  |  |                                                                                  |

|                        |                                                 |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|-------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 育児環境等                  | ア 生活リズム<br>イ 母の心身状態<br>ウ その他<br>無・有( )<br>良・要指導 |  |  |  |  |  |  |
| 心配事                    |                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 栄養                     |                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 子育て支援の必要性の判定           | )                                               |  |  |  |  |  |  |
| 1 特に問題なし 2 保健師による支援が必要 |                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 3 その他の支援が必要            |                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 判定者                    |                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 記事(精密値診の結果等)           |                                                 |  |  |  |  |  |  |

## か月児健康診査問診票(参考として3～4か月児健康診査問診票を掲げる)

○：成育医療等基本方針に基づく評価指標等に係る問診項目(毎年の母子保健課調査にて国に報告)

※問診票は、主にお子さんの世話をなさっている方が記入してください。

|                 |    |                                |                                                                                       |                                                                                                  |
|-----------------|----|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 既往歴等            |    | 1                              | 生まれつきの病気はありますか。                                                                       | (いいえ・はい)                                                                                         |
|                 |    | 2                              | お乳の飲みが少ないと心配したことがありますか。                                                               | (いいえ・はい)                                                                                         |
|                 |    | 3                              | お乳をしばしば大量に吐くことがありますか。                                                                 | (いいえ・はい)                                                                                         |
|                 |    | 4                              | お腹が異常に大きいと感じたことがありますか。                                                                | (いいえ・はい)                                                                                         |
|                 |    | 5                              | お風呂に入れたとき、お乳を飲むとき、泣いたときに、くちびるが紫色になることがありますか。                                          | (いいえ・はい)                                                                                         |
|                 |    | 6                              | けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。                                                              | (いいえ・はい)                                                                                         |
|                 |    | 7                              | 風邪にかかったら、すぐゼコゼコいますか。                                                                  | (いいえ・はい)                                                                                         |
|                 |    | 8                              | 食物アレルギーについて気がかりなことがありますか。                                                             | (いいえ・はい)                                                                                         |
| 運動発達            |    | 9                              | 腹ばいにさせると、腕でからだを支え頭を持ち上げますか。                                                           | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 |    | 10                             | あお向きから横向きに半分寝返りますか。                                                                   | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 |    | 11                             | 両手を合わせて遊びますか。                                                                         | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 |    | 12                             | ガラガラなど、おもちゃを握りますか。                                                                    | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 |    | 13                             | お子さんを抱きにくいと感じたことはありますか。                                                               | (いいえ・はい)                                                                                         |
|                 |    | 14                             | 例えば、からだが柔らかく、しっかりしないとか、手足が突っ張って硬いと感じたことがありますか。                                        | (いいえ・はい)                                                                                         |
| 神経発達            |    | 15                             | 視線が合いますか。                                                                             | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 |    | 16                             | 動くものを目で追いますか。                                                                         | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 |    | 17                             | ガラガラを振ったり、ながめたりして遊びますか。                                                               | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 |    | 18                             | 「ア－ア－」「ウ－ウ－」など言いますか。                                                                  | (はい・いいえ)                                                                                         |
| 習生活             |    | 19                             | 散歩をよくしていますか。                                                                          | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 |    | 20                             | 生後1か月時の栄養法はどうですか。                                                                     | (母乳・人工乳・混合)                                                                                      |
|                 |    | 21                             | 便は毎日出ていますか。                                                                           | (はい・いいえ)                                                                                         |
| 親(主な養育者)や子育ての状況 | ○  | 22                             | 妊娠中、お子さんのお母さんは喫煙をしていましたか。                                                             | (なし・あり(1日__本))                                                                                   |
|                 | ○  | 23                             | 妊娠中、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていましたか。                                                      | (なし・あり(1日__本))                                                                                   |
|                 | ○  | 24                             | 妊娠中、お子さんのお母さんは飲酒をしていましたか。                                                             | (なし・あり)                                                                                          |
|                 | ○  | 25                             | 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。                                                               | (なし・あり(1日__本))                                                                                   |
|                 | ○  | 26                             | 現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。                                                        | (なし・あり(1日__本))                                                                                   |
|                 |    | 27                             | 生後半年から1歳頃までの多くのこどもは、「親の後追いをする」ことを知っていますか。                                             | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 |    | 28                             | あなたの最近の心身の調子はいかがですか。                                                                  | (良好・やや良好・どちらともいえない・ややよくない・よくない)                                                                  |
|                 | ○  | 29                             | あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。                                                      | (はい・いいえ・何ともいえない)                                                                                 |
|                 | ○  | 30                             | お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力し合って家事・育児をしていますか。                                            | (そう思う・どちらかといえばそう思う・どちらかといえばそう思わない・そう思わない)                                                        |
|                 | ○  | 31                             | 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。                                                          | (感じない・時々感じる・いつも感じる)                                                                              |
|                 | ○  | 32                             | (前の設問で「いつも感じる」もしくは「時々感じる」と回答した人に対して、)育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。      | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 |    | 33                             | 地域の子育てサークルや子育て支援機関を知っていますか。                                                           | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 | ○  | 34                             | この地域で、今後子育てをしていきたいですか。                                                                | (そう思う・どちらかといえばそう思う・どちらかといえばそう思わない・そう思わない)                                                        |
|                 |    | 35                             | 現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。                                                        | (大変ゆとりがある・ややゆとりがある・普通・やや苦しい・大変苦しい)                                                               |
|                 | ○  | 36                             | この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるものすべてに○を付けて下さい。                                        | (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・こどもの口をふさいだ・こどもを激しく揺さぶった・いずれも該当しない) |
|                 |    | 37                             | 赤ちゃんが、どうしても泣き止まない時などに、赤ちゃんの頭を前後にガクガクするほど激しく揺さぶることによって、脳障害が起きること(乳幼児揺さぶられ症候群)を知っていますか。 | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 | ○  | 38                             | 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)                                                                                 |
|                 |    | 39                             | こども医療電話相談(＃8000)を知っていますか。                                                             | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 |    | 40                             | お子さんのお母さんは妊娠中、働いていましたか。                                                               | (働いていたことがある・働いていない)                                                                              |
|                 |    | 41                             | (前の設問で「働いていたことがある」と回答した人に対して)妊娠中、仕事を続けることに対して職場から配慮をされたと思いますか。                        | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 |    | 42                             | 妊娠中、マタニティマークを知っていましたか。                                                                | (知っていた・知らなかった)                                                                                   |
|                 |    | 43                             | (前の設問で「知っていた」と回答した人に対して)マタニティマークを身に付けたりするなどして利用したことがありますか。                            | (利用したことがある・利用したことはない)                                                                            |
|                 | ○  | 44                             | 産後、退院してから1か月程度、助産師や保健師等からの指導・ケアは十分に受けることができましたか。                                      | (はい・いいえ・どちらとも言えない)                                                                               |
|                 | 45 | 育児は楽しいですか。                     | (はい・どちらともいえない・いいえ)                                                                    |                                                                                                  |
|                 | 46 | 育児は疲れますか。                      | (疲れない・どちらともいえない・疲れる)                                                                  |                                                                                                  |
|                 | 47 | 現在何か心配なことはありますか。いくつでも○を付けて下さい。 | (こどものこと・配偶者やパートナーとの関係・父母や義父母との関係・育児仲間のこと・その他(____))                                   |                                                                                                  |
| 健康相談の内容         |    |                                |                                                                                       |                                                                                                  |
| 指導内容            |    |                                |                                                                                       |                                                                                                  |
| 特記事項            |    |                                |                                                                                       |                                                                                                  |

1歳6か月児健康診査票

|                             |  |    |  |                             |  |     |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------|--|----|--|-----------------------------|--|-----|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受診日 令和      年      月      日 |  |    |  | 診察日 令和      年      月      日 |  |     |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| 身体測定                        |  |    |  | 歯科所見                        |  |     |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| 身長                          |  | 体重 |  | 頭囲                          |  | むし歯 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| cm                          |  | kg |  | cm                          |  |     |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| 既往症                         |  |    |  | 歯                           |  |     |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| 無・有(      )                 |  |    |  | 罹患型                         |  |     |  |  |  | O1・O2・A・B・C |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 身体的発育異常                   |  |    |  | E                           |  |     |  |  |  | D           |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 精神発達障害                    |  |    |  | イ                           |  |     |  |  |  | A           |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 熱性けいれん                    |  |    |  | イ                           |  |     |  |  |  | B           |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 運動機能異常                    |  |    |  | イ                           |  |     |  |  |  | C           |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 神経系・感覚器系の異常               |  |    |  | ア                           |  |     |  |  |  | B           |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 血液疾患                      |  |    |  | イ                           |  |     |  |  |  | A           |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 皮膚疾患                      |  |    |  | イ                           |  |     |  |  |  | B           |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 循環器系疾患                    |  |    |  | イ                           |  |     |  |  |  | C           |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 呼吸器系疾患                    |  |    |  | イ                           |  |     |  |  |  | D           |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 消化器系疾患                   |  |    |  | イ                           |  |     |  |  |  | E           |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 泌尿生殖器系疾患                 |  |    |  | イ                           |  |     |  |  |  | A           |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 先天異常                     |  |    |  | イ                           |  |     |  |  |  | B           |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 生活習慣上の問題                 |  |    |  | イ                           |  |     |  |  |  | C           |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 情緒行動上の問題                 |  |    |  | イ                           |  |     |  |  |  | D           |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 その他の異常                   |  |    |  | イ                           |  |     |  |  |  | E           |  |  |  |  |  |  |  |
| 判定                          |  |    |  | 子育て支援の必要性の判定                |  |     |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 異常なし                      |  |    |  | 1 特に問題なし                    |  |     |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 既医療                       |  |    |  | 2 保健師による支援が必要               |  |     |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 要経過観察                     |  |    |  | 3 その他の支援が必要(      )         |  |     |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 要紹介(要精密・要治療)              |  |    |  |                             |  |     |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| 紹介先                         |  |    |  |                             |  |     |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| 診査医名                        |  |    |  | 判定者                         |  |     |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| 記事(精密健診の結果等)                |  |    |  |                             |  |     |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |

# 1歳6か月児健康診査問診票

○：成育医療等基本方針に基づく評価指標等に係る問診項目（毎年の母子保健課調査にて国に報告）

※問診票は、主にお子さんの世話をなされている方が記入してください。

|                 |           |                                                                                  |                                                                                                  |
|-----------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 既往歴等            | 1         | 生まれつきの病気はありますか。                                                                  | (いいえ・はい)                                                                                         |
|                 | 2         | かんしゃくをよく起こしますか。                                                                  | (いいえ・はい)                                                                                         |
|                 | 3         | 泣いたり、動いたりせず大人しすぎたことがありますか。                                                       | (いいえ・はい)                                                                                         |
|                 | 4         | けいれんを起こしたことはありますか。                                                               | (いいえ・はい)                                                                                         |
|                 | 5         | 食物アレルギーについて気がかりなことがありますか。                                                        | (いいえ・はい)                                                                                         |
|                 | 6         | これまで事故で病院にかかったことがありますか。                                                          | (いいえ・はい)                                                                                         |
| 運動発達            | 7         | 手をひかれて階段を上ることができますか。                                                             | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 | 8         | 手足の動きがぎこちなく突っ張った感じがありますか。                                                        | (いいえ・はい)                                                                                         |
|                 | 9         | 鉛筆を持ってなぐり書きをしますか。                                                                | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 | 10        | スプーンを使って食事ができますか。                                                                | (はい・いいえ)                                                                                         |
| 精神・神経発達         | 11        | 片目ずつ手で隠しても、嫌がらずにみていますか。                                                          | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 | 12        | 絵本を見て知っているものをさしますか。                                                              | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 | 13        | 周りの人の身振りや手振りをまねしますか。                                                             | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 | 14        | 何かに興味を持った時に、指さして伝えようとしますか。                                                       | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 | 15        | 部屋の離れたところにあるおもちゃを指すと、その方向をみますか。                                                  | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 | 16        | 周囲の人や他のこどもたちに関心を示しますか。                                                           | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 | 17        | 自分の好きなおもちゃで遊びますか。                                                                | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 | 18        | 相手になると喜びますか。                                                                     | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 | 19        | 大人の言う簡単な言葉が分かれますか。(おいで・ねんね・ちょうだいなど)                                              | (はい・いいえ)                                                                                         |
| 習生活             | 20        | 偏食や小食など食事について心配なことがありますか。                                                        | (いいえ・はい)                                                                                         |
|                 | 21        | 甘い飲み物(ジュースなど)をよく飲みますか。                                                           | (いいえ・はい)                                                                                         |
|                 | 22        | 便は毎日出ていますか。                                                                      | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 | ○ 23      | 保護者が、毎日、仕上げ磨きをしていますか。                                                            | (仕上げ磨きをしている(こどもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている)・こどもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている・こどもだけで磨いている・こどもも保護者も磨いていない)         |
|                 | 24        | 朝起きる時間と、夜寝る時間を書いてください。                                                           | 朝( )時頃起床<br>夜( )時頃就寝                                                                             |
|                 | 25        | 上着を脱ごうとすることがありますか。                                                               | (はい・いいえ)                                                                                         |
| 予防接種            | 26        | 四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)の予防接種(第1期初回3回)を済ませましたか。                                  | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 | 27        | 麻しん・風しんの予防接種を済ませましたか。                                                            | (はい・いいえ)                                                                                         |
| 親(主な養育者)や子育ての状況 | ○ 28      | 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。                                                          | (なし・あり(1日__本))                                                                                   |
|                 | ○ 29      | 現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。                                                   | (なし・あり(1日__本))                                                                                   |
|                 | 30        | 1歳半から2歳頃までの多くのこどもは、「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)                                                                                         |
|                 | 31        | 浴室のドアには、こどもが一人で開けることができないような工夫がしてありますか。                                          | (はい・いいえ・該当しない)                                                                                   |
|                 | 32        | あなたの最近の心身の調子はいかがですか。                                                             | (良好・やや良好・どちらともいえない・ややよくない・よくない)                                                                  |
|                 | ○ 33      | あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。                                                 | (はい・いいえ・何ともいえない)                                                                                 |
|                 | ○ 34      | お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力し合って家事・育児をしていますか。                                       | (そう思う・どちらかといえばそう思う・どちらかといえばそう思わない・そう思わない)                                                        |
|                 | ○ 35      | 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。                                                     | (感じない・時々感じる・いつも感じる)                                                                              |
|                 | ○ 36      | (前の設問で「いつも感じる」もしくは「時々感じる」と回答した人に対して、)育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。 | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 | 37        | 地域の子育てサークルや子育て支援機関を知っていますか。                                                      | (はい・いいえ)                                                                                         |
|                 | ○ 38      | この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。                                                          | (そう思う・どちらかといえばそう思う・どちらかといえばそう思わない・そう思わない)                                                        |
|                 | 39        | 現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。                                                   | (大変ゆとりがある・ややゆとりがある・普通・やや苦しい・大変苦しい)                                                               |
|                 | ○ 40      | この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるものすべてに○を付けて下さい。                                   | (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・こどもの口をふさいだ・こどもを激しく揺さぶった・いずれも該当しない) |
|                 | 41        | 育児は楽しいですか。                                                                       | (はい・どちらともいえない・いいえ)                                                                               |
| 42              | 育児は疲れますか。 | (疲れない・どちらともいえない・疲れる)                                                             |                                                                                                  |
|                 | 43        | 現在何か心配なことはありますか。いくつでも○を付けて下さい。                                                   | (こどものこと・配偶者やパートナーとの関係・父母や義父母との関係・育児仲間のこと・その他( ))                                                 |
| 健康相談の内容         |           |                                                                                  |                                                                                                  |
| 指導内容            |           |                                                                                  |                                                                                                  |
| 特記事項            |           |                                                                                  |                                                                                                  |

3歳児健康診査票

|              |  |                                     |    |                                    |         |                                     |           |
|--------------|--|-------------------------------------|----|------------------------------------|---------|-------------------------------------|-----------|
| 受診日 令和 年 月 日 |  | 検査                                  |    | 眼科所見                               |         | 診察日 令和 年 月 日                        |           |
| 身体測定         |  | 身長                                  | 体重 | 蛋白                                 | 糖       | 視力                                  | 両眼：右眼：左眼： |
|              |  | cm                                  | kg | (-・+・+)                            | (-・+・+) | 屈折：検査未・検査済（実施(異常なし 異常あり 判定不可) 実施不可) |           |
| 既往症          |  | 無・有（ )                              |    | 眼底：                                |         |                                     |           |
| 診 察 所 見      |  | 1 身体的発育異常                           |    | 眼位異常 無・有・疑（ )                      |         |                                     |           |
|              |  | 2 精神発達障害                            |    | 眼球運動異常 無・有・疑（ )                    |         |                                     |           |
|              |  | 3 熱性けいれん                            |    | その他の所見                             |         |                                     |           |
|              |  | 4 運動機能異常                            |    | 判定                                 |         |                                     |           |
|              |  | 5 神経系・感覚器系の異常                       |    | 1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察( か月位) 4 要精密検査 |         |                                     |           |
|              |  |                                     |    | 診査医名                               |         |                                     |           |
|              |  |                                     |    | 耳鼻咽喉科所見                            |         |                                     |           |
|              |  |                                     |    | 聴力 右(正常・難聴 db) 左(正常・難聴 db)         |         |                                     |           |
|              |  | 6 血液疾患                              |    | ティンパノメトリー 右 A B C型 左 A B C型        |         |                                     |           |
|              |  | 7 皮膚疾患                              |    | 言語発達の遅れ 無・有                        |         |                                     |           |
|              |  | 8 循環器系疾患                            |    | 構音障害 無・有                           |         |                                     |           |
|              |  | 9 呼吸器系疾患                            |    | その他の所見                             |         |                                     |           |
|              |  |                                     |    | 判定                                 |         |                                     |           |
|              |  |                                     |    | 1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察( か月位) 4 要精密検査 |         |                                     |           |
|              |  |                                     |    | 診査医名                               |         |                                     |           |
|              |  | 歯科所見                                |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | 歯 むし歯                               |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | E E D C B A A B C D E               |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | E E D C B A A B C D E               |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | 罹患型 O・A・B・C1・C2                     |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | 生歯 本(未処置歯 本、処置歯 本)                  |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | その他 ( )                             |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | 軟組織異常 無・有 ( 小帯・歯肉・その他 )             |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | 咬合異常 無・有 ( 反対咬合・開咬(指しやぶり 無・有)・その他 ) |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | 清掃不良 無・有                            |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | その他口腔所見の異常 無・有                      |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | 生活習慣等                               |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | ・間食の時間 決めている・決めていない                 |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | 判定                                  |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | 1 問題なし 2 要指導 3 要経過観察 4 要治療          |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | 診査歯科医名                              |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  |                                     |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | 育児環境等                               |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | ア 生活リズム                             |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | イ 母の心身状態                            |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | ウ その他 ( )                           |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | 心配事 無・有 ( )                         |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | 栄養 良・要指導                            |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | 子育て支援の必要性の判定                        |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | 1 特に問題なし 2 保健師による支援が必要              |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | 3 その他の支援が必要 ( )                     |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | 判定者                                 |    |                                    |         |                                     |           |
|              |  | 記事(精密健診の結果等)                        |    |                                    |         |                                     |           |

### 3歳児健康診査問診票

○：成育医療等基本方針に基づく評価指標等に係る問診項目（毎年の母子保健課調査にて国に報告）

※問診票は、主にお子さんの世話をなさっている方が記入してください。

|                 |    |                                           |                                                                                  |                                                                                          |
|-----------------|----|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 既往歴等            |    | 1                                         | 生まれつきの病気はありますか。                                                                  | (いいえ・はい)                                                                                 |
|                 |    | 2                                         | けいれんを起こしたことがありますか。                                                               | (いいえ・はい)                                                                                 |
|                 |    | 3                                         | ぜんそくやアトピー性皮膚炎と言われたことはありますか。                                                      | (いいえ・はい)                                                                                 |
|                 |    | 4                                         | 食物アレルギーについて気がかりなことがありますか。                                                        | (いいえ・はい)                                                                                 |
|                 |    | 5                                         | これまで事故で病院にかかったことがありますか。                                                          | (いいえ・はい)                                                                                 |
| 発達運動            |    | 6                                         | ほぼこぼさないで一人で食べますか。                                                                | (はい・いいえ)                                                                                 |
| 神経発達・精神         |    | 7                                         | 同年齢のこどもと会話ができますか。                                                                | (はい・いいえ)                                                                                 |
|                 |    | 8                                         | 言葉が遅れているという心配はありますか。                                                             | (いいえ・はい)                                                                                 |
|                 |    | 9                                         | 何でも自分で仕がりますか。                                                                    | (はい・いいえ)                                                                                 |
|                 |    | 10                                        | ひどく不安を示したり、恐れることはありますか。                                                          | (いいえ・はい)                                                                                 |
|                 |    | 11                                        | ひどく乱暴で困ることはありますか。                                                                | (いいえ・はい)                                                                                 |
|                 |    | 12                                        | ひどく落ち着かず注意が集中できなくて困ることがあります。                                                     | (いいえ・はい)                                                                                 |
|                 |    | 13                                        | 指しゃぶり、爪かみ、ひどい人見知りをするなど困っていることがありますか。                                             | (いいえ・はい)                                                                                 |
| 習生活             |    | 14                                        | よく嚙んで食べる習慣はありますか。                                                                | (はい・いいえ)                                                                                 |
|                 |    | 15                                        | 偏食や小食など食事について心配なことがありますか。                                                        | (いいえ・はい)                                                                                 |
|                 |    | 16                                        | 甘い飲み物(ジュースなど)をよく飲みますか。                                                           | (いいえ・はい)                                                                                 |
|                 |    | 17                                        | 昼間のおしっこを前もって知らせますか。                                                              | (はい・いいえ)                                                                                 |
|                 |    | 18                                        | 便は毎日出ていますか。                                                                      | (はい・いいえ)                                                                                 |
|                 | ○  | 19                                        | 保護者が、毎日、仕上げ磨きをしていますか。                                                            | (仕上げ磨きをしている(こどもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている)・こどもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている・こどもだけで磨いている・こどもも保護者も磨いていない) |
|                 |    | 20                                        | 朝起きる時間と、夜寝る時間を書いてください。                                                           | 朝( )時頃起床<br>夜( )時頃就寝                                                                     |
|                 | 21 | お子さんはテレビや動画、タブレット、スマートフォン等を1日2時間以上みていますか。 | (いいえ・はい)                                                                         |                                                                                          |
| 親(主な養育者)や子育ての状況 | ○  | 22                                        | 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。                                                          | (なし・あり(1日__本))                                                                           |
|                 | ○  | 23                                        | 現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。                                                   | (なし・あり(1日__本))                                                                           |
|                 |    | 24                                        | 3歳から4歳頃までの多くのこどもは、「他のこ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)                                                                                 |
|                 |    | 25                                        | あなたの最近の心身の調子はいかがですか。                                                             | (良好・やや良好・どちらともいえない・ややよくない・よくない)                                                          |
|                 | ○  | 26                                        | あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。                                                 | (はい・いいえ・何ともいえない)                                                                         |
|                 |    | 27                                        | お子さんのお母さんはお子さんとよく遊んでいますか。                                                        | (はい・いいえ)                                                                                 |
|                 |    | 28                                        | お子さんのお父さん(パートナー)はお子さんとよく遊んでいますか。                                                 | (はい・いいえ)                                                                                 |
|                 | ○  | 29                                        | お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力し合って家事・育児をしていますか。                                       | (そう思う・どちらかといえばそう思う・どちらかといえばそう思わない・そう思わない)                                                |
|                 | ○  | 30                                        | 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。                                                     | (感じない・時々感じる・いつも感じる)                                                                      |
|                 | ○  | 31                                        | (前の設問で「いつも感じる」もしくは「時々感じる」と回答した人に対して、)育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。 | (はい・いいえ)                                                                                 |
|                 |    | 32                                        | 地域の子育てサークルや子育て支援機関を知っていますか。                                                      | (はい・いいえ)                                                                                 |
|                 | ○  | 33                                        | この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。                                                          | (そう思う・どちらかといえばそう思う・どちらかといえばそう思わない・そう思わない)                                                |
|                 |    | 34                                        | 現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。                                                   | (大変ゆとりがある・ややゆとりがある・普通・やや苦しい・大変苦しい)                                                       |
|                 | ○  | 35                                        | この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるものすべてに○を付けて下さい。                                   | (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)                 |
|                 | ○  | 36                                        | 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)                                                                         |
| ○               | 37 | 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)                                                                 |                                                                                          |
|                 | 38 | 育児は楽しいですか。                                | (はい・どちらともいえない・いいえ)                                                               |                                                                                          |
|                 | 39 | 育児は疲れますか。                                 | (疲れない・どちらともいえない・疲れる)                                                             |                                                                                          |
|                 | 40 | 現在何か心配なことはありますか。いくつでも○を付けて下さい。            | (こどものこと・配偶者やパートナーとの関係・父母や義父母との関係・育児仲間のこと・その他( ))                                 |                                                                                          |
| 健康相談の内容         |    |                                           |                                                                                  |                                                                                          |
| 指導内容            |    |                                           |                                                                                  |                                                                                          |
| 特記事項            |    |                                           |                                                                                  |                                                                                          |