

3歳児 健康診査アンケート

記入者：母・父・その他（ ） 来所者：母・父・その他（ ）

記入日

アンケート項目の中には、こども家庭庁より「健やか親子21」の評価のために使われる調査項目が含まれます。
※「健やか親子21」とは平成13年から開始した母子の健康水準を向上させるための国民運動計画です。

ふりがな 幼児氏名		男・女	生年月日	令和 年 月 日生（ 歳 か月）
連絡先	自宅 TEL（ - - ）	携帯 TEL（ - - ）		

以下の質問で当てはまるものに○をつけてください。一部記入いただく項目もあります。

お子さんの発達などについて

1	これまで大きな病気やケガで入院したことがありますか	1. いいえ	2. はい いつ頃： 歳 か月 病名・ケガ：	
2	これまで事故で病院にかかったことはありますか。	1. いいえ	2. はい いつ頃： 歳 か月ごろ 病名・ケガ：	
3	治療中や経過をみてもらっている病気やケガはありますか	1. いいえ	2. はい いつ頃： 歳 か月 病名・ケガ： 病院名：	
4	お子さんのかかりつけの医師はいますか。	1. はい	2. いいえ	3. 何ともいえない
5	お子さんのかかりつけの歯科医師はいますか。	1. はい	2. いいえ	3. 何ともいえない
6	手を使わずにひとりで階段をのぼれますか	1. はい	2. いいえ	
7	衣服の着脱をひとりでできますか	1. はい	2. いいえ	
8	ままごと、ヒーローごっこなど、ごっこ遊びができますか	1. はい	2. いいえ	
9	片足で2～3秒立ちますか	1. はい	2. いいえ	
10	遊び友だちがいますか	1. はい	2. いいえ	
11	ボタンをはめることができますか	1. はい	2. いいえ	
12	「こうしていい？」と許可を求めることがありますか	1. はい	2. いいえ	
13	同年齢のこどもと簡単な会話ができますか	1. はい	2. いいえ	
14	スプーンなどを使ってほとんどこぼさずに、ごはんを一人で食べられますか	1. はい	2. いいえ	
15	お子さんの当てはまる行動に○をつけてください 1. 話をする時に視線が合わない 2. オウム返し 3. 思い通りにならないとひどくかんしゃくを起こす 4. 一方的に自分の言いたいことだけ言う 5. 特定の音や身体に触られることを嫌がる 6. 食事は決まったものしか食べられない 7. 非常に落ち着きがない 8. 非常に乱暴 9. 赤ちゃん返り 10. 指しゃぶり 11. 性器いじり 12. 爪かみ 13. 目をパチパチさせる 14. どもり 15. その他（ ）			

お子さんの生活習慣・食習慣について

1	朝起きる時間と夜寝る時間を書いてください	朝（ ）時起床 / 夜（ ）時就寝		
2	テレビ・DVD等を1日2時間以上みていますか	1. いいえ	2. はい（毎日 時間程度）	
3	トイレやおマルでおしっこをしますか	1. はい	2. いいえ	3. わからない
4	朝ごはんを毎日食べていますか	1. はい	2. いいえ	3. わからない
5	食事で心配なことはありますか	1. なし	2. あり 偏食・小食・むら食い・食べ過ぎ・ 時間がかかる・早食い・かまない・ その他（ ）	

6	おやつを1日に何回食べていますか (1日の回数と時間について、また内容についてあてはまるものに○をつけてください)	1. 食べない	2. 食べる(1日 回) ① 時間 (決めている・決めていない) ②おやつの内容 果物・アイス・チョコレート・あめ・ビスケット類・菓子パン・ケーキ類・スナック菓子・せんべい・その他()												
7	甘い飲み物(乳酸菌飲料、ジュース、果汁、スポーツドリンク等)をよく(ほぼ毎日)飲みますか 飲む場合、一日にどれくらい飲みますか	1. 飲まない	2. 飲む ・ 乳酸菌飲料 (ml/日) ・ 清涼飲料水・炭酸飲料 (ml/日) ・ 100%果汁飲料 (ml/日) ・ スポーツドリンク (ml/日) ・ 野菜ジュース (ml/日)												
8	寝る前に何か飲みますか	1. 飲まない	2. 飲む お茶・水・牛乳・ジュース類・母乳・粉ミルク・その他()												
9	歯みがきや手洗いをしていますか	1. はい	2. いいえ												
10	保護者が毎日歯の仕上げみがきをしていますか	1. 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) 2. こどもが自分で磨かず、保護者だけで磨いている 3. こどもだけで磨いている 4. こどもも保護者も磨いていない													
11	よくかんで食べる習慣はありますか	1. はい	2. いいえ												
12	かみ合わせや歯並びで気になることはありますか	1. いいえ	2. はい												
13	歯にフッ化物(フッ素)の塗布やフッ素入り歯みがき剤の使用をしていますか	1. はい	2. いいえ												
14	お子さんは定期的に歯科医院で歯科健診を受けていますか	1. はい	2. いいえ												
15	栄養や歯のことで、気になることがあればお書きください ()	栄養相談 希望する・希望しない													
お子さんの目について															
1	視力検査をしましたか(別紙参照)	1. はい	2. いいえ												
2	お子さんは検査の方法を理解して検査ができましたか	1. はい	2. いいえ												
3	視力検査の結果を記入してください <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 20px;"> <thead> <tr> <th>指標</th> <th>両目</th> <th>右目</th> <th>左目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>大</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>小</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> (見えたら○、見えなかったら×を記入)	指標	両目	右目	左目	大				小					
指標	両目	右目	左目												
大															
小															
4	物に近づいて見ますか	1. いいえ	2. はい												
5	物を見る時、次のような様子がありますか														
	①目を細めて見ますか	1. いいえ	2. はい												
	②頭を傾けたり、横目で見たりしますか	1. いいえ	2. はい												
6	明るい戸外で異常にまぶしがりますか	1. いいえ	2. はい												
7	その他、次のようなことはありますか(○をつけてください) 瞳が白っぽく見える・黒目の大きさが左右で違う・目が揺れる・まぶたが下がっている 目やに、涙が出る その他具体的に()														
お子さんの耳について															

1	ささやき声検査をしましたか（別紙参照）	1. はい	2. いいえ												
2	お子さんは検査の方法を理解して検査ができましたか	1. はい	2. いいえ												
3	ささやき声検査の結果を記入してください <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>いぬ</td> <td>くつ</td> <td>かさ</td> <td>ぞう</td> <td>ねこ</td> <td>いす</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> （ 指せたら○、 指せなかったら×を記入 ）	いぬ	くつ	かさ	ぞう	ねこ	いす								
いぬ	くつ	かさ	ぞう	ねこ	いす										
4	家族、親せきの中に生まれつき耳の聴こえのわるい方がいますか	1. いいえ	2. はい												
5	中耳炎によくかかりますか（1年に2～3回以上） また一か月以上も治療にかかったことがありますか	1. いいえ	2. はい												
6	いつも鼻づまりや鼻汁を出している、口で息をしていることはありますか	1. いいえ	2. はい												
7	テレビの音を普通より大きくして聞きたがりますか	1. いいえ	2. はい												
8	お子さんの話し方について次のようなことが気になりますか ①言葉が繋がらない。（単語のみ）	1. いいえ	2. はい												
	②何を言っているのか他人にはわからない	1. いいえ	2. はい												
9	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	1. いいえ	2. はい												
お母さん・お父さんについて															
1	現在、お子さんのお母さんは喫煙していますか。	1. なし	2. あり（1日 本）												
2	現在、お子さんのお父さん（パートナー）は喫煙をしていますかか。	1. なし	2. あり（1日 本）												
3	昼間の保育は誰がしていますか。	母・父・祖母・保育所もしくは幼稚園（この ）・ その他（ ） →今後の予定（ ）													
4	お母さん（保育者）はお仕事をしていますか	1. はい	2. いいえ												
5	あなたの最近の心身の調子はいかがですか	1. 良好 2. やや良好 3. どちらとも言えない 4. ややよくない 5. よくない													
6	あなたの日常の育児の相談相手はいますか あてはまるもの全てに○をつけてください	1. いる a.夫婦 b.祖父母 c.近所の人 d.友人 e.かかりつけの医師 f.保健師や助産師 g.保育士や幼稚園の先生 h.電話相談 i.インターネット j.その他（ ） 2. いない													
7	育児や家事を手伝ってくれる人はいますか あてはまるもの全てに○をつけてください	1. いる（ ）	2. いない												
8	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。	1. そう思う 2. どちらかといえばそう思う 3. どちらかといえばそう思わない 4. そう思わない													
9	子どもを預けて外出できますか	1. はい	2. いいえ												
10	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	1. はい	2. いいえ 3. 何ともいえない												
11	①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	2. 時々感じる 3. 感じない												
	②上記①で「1. いつも感じる 2. 時々感じる」とお答えの方にお伺います。◎育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。	1. はい	2. いいえ												
12	育児は楽しいですか	1. はい	2. いいえ 3. どちらでもない												
13	3歳から4歳になる頃までの多くのこどもは、「他の子どもから誘われれば遊びに加わりとうとする」ことを知っていますか	1. はい	2. いいえ												
14	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	1. 大変ゆとりがある													

	すか。	2. ややゆとりがある 3. 普通 4. やや苦しい 5. 大変苦しい
15	子育てサポートプラン P9 ▶3 歳児健康診査の項目 ① 現在何か心配なことはありますか。 いくつでも○をつけてください。	1. こどものこと a.発達 b.病気 c.発育（身長・体重・栄養） d.その他（ ） 2. 配偶者/パートナーとの関係 3. 実父母/義父母との関係 4. 育児仲間のこと 5. その他（ ） 6. 特に心配ごとなし
	② 希望する支援を教えてください。	1.こどものことを相談したい <input type="checkbox"/> 保健師による相談 <input type="checkbox"/> フットレックカウンセリング <input type="checkbox"/> 発達相談 2.こどもの集団生活が心配 <input type="checkbox"/> すくすく教室 <input type="checkbox"/> ぷちこあら教室 <input type="checkbox"/> 一時保育 <input type="checkbox"/> こども誰でも通園制度 3.こども食事について相談したい・・・管理栄養士による個別相談 4.自身のことについて相談したい <input type="checkbox"/> 保健師による相談 <input type="checkbox"/> こころの相談 <input type="checkbox"/> フットレックカウンセリング 5.一息つく時間を過ごしたい <input type="checkbox"/> 一時保育 <input type="checkbox"/> ショートステイ 6.家事・育児負担を減らしたい・・・子育て世帯訪問支援事業 7.その他（ ）
	▶2 歳児歯科健康診査の項目 2 歳児健診の後は希望通りの支援を受けることができましたか。	1. できた 2.わからない 3.できなかった →その理由は何でしょう：
16	この数か月の間に、ご家庭で右記のことがありましたか (1～6 まで選択)	1. しつけのし過ぎがあった 2. 感情的に叩いた 3. 乳幼児だけ家に残して外出した 4. 長時間食事を与えなかった 5. 感情的な言葉で怒鳴った 6. いずれも該当しない
17	地域の子育てサークルや子育て支援センターを知っていますか。	1. はい 2. いいえ
18	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 2. どちらかといえばそう思う 3. どちらかといえばそう思わない 4. そう思わない

以上で質問は終わりです。ありがとうございました。