

この用紙は折り曲げず記入して、健診当日お持ちください。【此纸请勿折曲，填写后并在健診当日携带】

1歳6か月児健康診査問診票【1岁6个月幼儿健康检查问诊票】

お子さんについて 【接受检查儿童】	ふりがな 【注音假名】		実施日 【检查日期】	年 月 日 【年/月/日】
	氏名 【姓名】	男【男】 女【女】 第 子【第 子】	生年月日 【出生年月日】	年 月 日 【年/月/日】 満 歳 か月 【满 岁 个月】
	住所・電話 【住址。电话】	川崎市 区 【川崎市 区】	電話（ ）	

日頃気になることや相談したいことがあればお書きください 【如平时有担心的事和想咨询的内容，请填写】				
今までに病気をしましたか？ 【以前是否患过疾病？】	<input type="checkbox"/> ない【没有】 <input type="checkbox"/> ある【有】 → 麻疹【麻疹】 百日咳【百日咳】 おたふくかぜ【流行性腮腺炎】 風疹【风疹】 水痘【水痘】 ぜん息【哮喘】 突発性発疹【突发性发疹】 その他【其他】（ ）			
現在かかっている病気はありますか？ 【现在有患疾病吗？】	<input type="checkbox"/> ない【没有】 <input type="checkbox"/> ある【有】 → 病名【病名】（ ）			
ひきつけ（けいれん）を起こしたことはありますか？ 【有发生过抽筋（痉挛）吗？】	<input type="checkbox"/> ない【没有】 <input type="checkbox"/> ある【有】 →	いつ頃 【发生时期】	歳 か月 【 岁 个月】	
		どんな時 【什么情况下】	熱のある時（℃） 【发烧时（℃）】 その他 【其他】	何回くらい 【次数】 回 【次】
これまでの成長をおたずねします 【有关至今为止发育情况的询问】	首すわり（ か月） 【颈部能竖直（ 个月起）】 おすわり（ か月） 【能单独坐（ 个月起）】 ひとり歩き（ か月） 【能单独走（ 个月起）】 人見知り（あり・なし） 【怕见陌生人（是・否）】			

1 ひとりで上手に歩きますか？ 【能单独走得好吗？】	はい 【能】	いいえ 【不能】	わからない 【不清楚】
2 鉛筆やクレヨンなどでめちやめちや書きをしますか？ 【能用铅笔或蜡笔涂鸦吗？】	はい 【能】	いいえ 【不能】	わからない 【不清楚】
3 ほしぶどうのような小さいものを指先でつまんでひろいますか？ 【能用手指捡起葡萄干之类的小东西吗？】	いいえ 【不能】	はい 【能】	わからない 【不清楚】
4 耳が聞こえにくいという心配がありますか？ 【是否担心耳朵听不清？】	はい 【是】	いいえ 【否】	わからない 【不清楚】
5 好きなテレビのCMやビデオの音、お菓子の袋を開ける音などに隣の部屋からとんできますか？ 【自己喜欢的电视广告或视频声音、糖果开袋的声音会有反应吗？】	はい 【会】	いいえ 【不会】	わからない 【不清楚】

6 インターフォンや電話の音に気がつきませんか？ 【会注意对讲机或电话的声音吗？】	はい 【会】	いいえ 【不会】	わからない 【不清楚】
7 極端にまぶしがったり目の動きがおかしいのではないかとという眼についての心配がありますか？ 【是否对孩子的眼睛有担忧，例如奇怪的眼球运动或对光的过度敏感？】	いいえ 【不会】	はい 【会】	わからない 【不清楚】
8 「ほら、見てごらん」と指したものを一緒に見て楽しめますか？ 【指引孩子看物体时，他/她会有兴趣吗？】	はい 【有】	いいえ 【没有】	わからない 【不清楚】
9 子どもが何か欲しい「もの」がある時、自分からそれを指して要求することがありますか？ 【当孩子有想要的东西时，自己会指出并要求吗？】	はい 【会】	いいえ 【不会】	わからない 【不清楚】
10 「〇〇はどこ」とたずねると、指をさして教えますか？ 【当您问「〇〇在哪里」时，孩子会指出给您吗？】	はい 【会】	いいえ 【不会】	わからない 【不清楚】
11 「〇〇（ボールやおもちゃなど）を持ってきて」など、ことばだけの指示で持ってきますか？ 【能否听懂言语的指示？例如「〇〇（球或玩具）拿过来」等】	はい 【会】	いいえ 【不会】	わからない 【不清楚】
12 「ママ」「ブーブ」など意味のあることば（単語）をいくつか話しますか？ 【能否说一些知道意思的单词？例如「妈妈」等】 ◆ 「はい」と答えた方 → どんなことばを話しますか？（ 【回答是「会」的 → 会说哪些单词？（	はい 【会】	いいえ 【不会】	わからない 【不清楚】
13 何かこわいことがあるとお母さんなどなじみのある人にしがみついたりしますか？ 【当孩子感到害怕时会抓住妈妈或熟悉的人吗？】	はい 【会】	いいえ 【不会】	わからない 【不清楚】
14 友達や兄弟が泣いているとき、その人の顔を心配そうに見ますか？ 【当孩子的兄弟姐妹或朋友在哭泣时，孩子会带着表情看着别人的脸吗？】	はい 【会】	いいえ 【不会】	わからない 【不清楚】
15 他の子どもに関心を示しますか？ 【孩子会对其他小朋友表示感兴趣吗？】	はい 【会】	いいえ 【不会】	わからない 【不清楚】
16 一緒に遊ばせる友達がいない、遊ぶ機会がないという心配がありますか？ 【是否担心孩子没有玩伴，没有机会接触其他小朋友？】	いいえ 【不会】	はい 【会】	わからない 【不清楚】

裏面もお書きください【反面也请填写】

黒のボールペンで、あてはまる回答の □ に斜線を記入してください。 例

【请使用黑色圆珠笔，并在内容相符方框里划斜线。 例 】

（消えるボールペンは使わないでください。不明な点は未記入でかまいません。）

【请不要使用可擦圆珠笔。如有不明点可将其留空】

17 お子さんは朝食を食べていますか？ 【孩子每天吃早餐吗？】	はい <input type="checkbox"/> 【吃】	いいえ <input type="checkbox"/> 【不吃】
18 朝食に野菜を使った料理を食べていますか？ 【早餐时吃蔬菜吗？】	はい <input type="checkbox"/> 【吃】	いいえ <input type="checkbox"/> 【不吃】
19 お子さんは朝食を家族と一緒にしていますか？ 【孩子和家人一起吃早餐吗？】	はい <input type="checkbox"/> 【吃】	いいえ <input type="checkbox"/> 【不吃】
20 よくかんで食べていますか？ 【会仔细咀嚼吗？】	はい <input type="checkbox"/> 【会】	いいえ <input type="checkbox"/> 【不会】
21 母乳を飲んでいますか？ 【还在喝母乳吗？】	いいえ <input type="checkbox"/> 【喝】	はい <input type="checkbox"/> 【不喝】
22 哺乳瓶を使っていますか？ 【还有使用奶瓶吗？】	いいえ <input type="checkbox"/> 【没有】	はい <input type="checkbox"/> 【有】
23 毎日保護者が歯の仕上げ磨きをしていますか？ 【家长每天都帮孩子刷牙吗？】	はい <input type="checkbox"/> 【有】	いいえ <input type="checkbox"/> 【没有】
24 甘い食べ物、飲み物（スポーツ飲料を含む）を1日3回以上飲食していますか？	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>

【甜食、甜饮料（含运动饮料）一天里有三次以上食（饮）用吗?】		【没有】	【有】
25 保護者の体調はよいですか? 【家长自身的健康状况好吗?】		はい 【好】	いいえ 【不好】
26 お子さんと一緒に生活はいかがですか?あてはまるものにいくつでも○をつけてください。 【感觉和孩子的共同生活如何? 下述符合的内容请画圆圈, 可复数】			
①楽しい【快乐】 ②大変だが育児は楽しい【虽然辛苦但也快乐】 ③疲れる【疲惫】 ④よくイライラしている【经常发脾气】 ⑤気分が落ち込む【情绪低落】 ⑥子どもをかわいいと思えない【不感觉孩子可爱】 ⑦その他【其他】()			
27 育児について相談したり協力してくれる人はいますか?あてはまるものにいくつでも○をつけてください。 【有可以一起商量育儿相关琐事, 帮助一起照顾孩子的人吗? 下述符合内容请画圈。】			
①配偶者【配偶】 ②親【父母】 ③友人【朋友】 ④親類【亲戚】 ⑤その他【其他】() ⑥誰もいない【谁也没有】			
28 育児をする中で悩んだり、つらいと感じることはありますか? 【在育儿生活中有没有感到烦恼、痛苦?】		はい【有】	いいえ【没有】
◆ 「はい」と答えた方【回答「有」的】 → どんなことですか?【具体情况?】			
29 主に育児をしているのはどなたですか? 【主要承担育儿的谁?】	ひる 屋【白天】() よる 夜【晚上】() ほいくしせつりよう 保育施設利用の場合【如果使用托儿设施】 しせつめい 施設名【设施名称】()		
30 お子さんは風邪をひきやすく、ぜーぜーしやすいですか?また、くりかえして湿疹がでますか?また、特定の飲食物で口のまわりや唇などが、赤くはれたり、ひどい下痢、嘔吐をしたことがありますか? (どれか1つでもあれば) 【孩子是不是容易感冒、咳嗽?或者、皮肤会反复地出现湿疹? 或者、因食用某种食物后嘴唇等处会变红肿、腹泻、呕吐等反应 (只要上述里有一项)】		いいえ <input type="checkbox"/> 【没有】	はい <input type="checkbox"/> 【有】
31 お子さんや、お子さんの兄弟、両親、祖父母の中で、ぜん息・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・じんましんにかかった人がいますか? 【孩子本人、孩子的兄弟姐妹、父母、祖父母（外祖父母）中、有患过哮喘・过敏性鼻炎・特应反应性皮肤病・寻麻疹的人吗?】		いいえ <input type="checkbox"/> 【没有】	はい <input type="checkbox"/> 【有】

お子さんの1日の生活の様子をお書きください。(例: 起床 就寝 食事 おやつ テレビ 外遊び ひるねなど)
【请填写孩子一天的生活安排。(例如: 起床 睡觉 吃饭 吃点心 看电视 户外玩耍 睡午觉 等等)】

午前【上午】

午後【下午】

6時	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
----	---	---	---	----	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----