

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。【請勿曲折,填寫完後,請於健診當天帶來】

さい げつ じけんこうしんさもんしんひょう
1歳6か月児健康診査問診票 【健康檢查問診單 (1歲半的幼兒)】

こ お子さんについて 【關於孩子】	ふりがな 【平假名】	じっしひ 実施日 【實施日】		ねん 年 がつ 月 にち 日 【年/月/日】
	しめい 氏名【姓名】	おとこ 男【男】 おんな 女【女】 だい 第 し 子【第 胎】	せいねんがっぴ 生年月日 【生日】	ねん 年 がつ 月 にち 日 【年/月/日】 まん 満 歳 歲 か月 【滿 歲 歲 個月】
	じゅうしょ 住 所・電話 【住址・電話】	かわさきし 川崎市 【川崎市	く 区 【區】	TEL ()

ひごろ 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 【如有日常生活中的擔心或是需 要諮詢的事情,請自由填寫。】					
いま 今までに病気をしました か? 【到目前為止有生病過嗎?】	<input type="checkbox"/> ない【沒有】 <input type="checkbox"/> ある【有】 → 麻疹【麻疹】 百日咳【百日咳】 おたふくかぜ【腮腺炎】 風疹【德國麻疹】 水痘【水痘】 ぜん息【氣喘】 突發性發疹【玫瑰疹】 その他【其他】()				
げんざい 現在かかっている病気はあ りますか? 【現在患有什麼疾病嗎?】	<input type="checkbox"/> ない【沒有】 <input type="checkbox"/> ある【有】 → 病名【病名】()				
お ひきつけ(けいれん)を起 したことありますか? 【有沒有發生過痙攣?】	<input type="checkbox"/> ない【沒有】 <input type="checkbox"/> ある【有】	→ いつ頃 【什麼時候】	ごろ 歳 【歲】	か月 個月 【個月】	とき 熱のある時 【發燒時】 その他 【其他】
せいかく これまでの成長をおたずね します 【到目前為止的成長狀況】	首すわり(か月) 【脖子能自己支撐(個月)] おすわり(か月) 【能自己坐著(個月)] ひとり歩き(か月) 【能自己一個人走(個月)] ひとみし 人見知り(あり・なし) 【怕生(會/不會)]				

1 ひとりで上手に歩きますか? 【能一個人走的很好?】	はい 【能】 いいえ 【不能】 わからない 【不知道】
2 鉛筆やクレヨンなどでめちゃめちゃ書きをしますか? 【會拿鉛筆或蠟筆塗鴉?】	はい 【會】 いいえ 【不會】 わからない 【不知道】
3 ほしごうのような小さいものを指先でつまんでひろいますか? 【像葡萄那樣小的東西,能用指尖拿起來?】	いいえ 【不能】 はい 【能】 わからない 【不知道】
4 耳が聞こえにくいという心配がありますか? 【會擔心耳朵聽不見嗎?】	はい 【會】 いいえ 【不會】 わからない 【不知道】
5 好きなテレビのコマーシャルやビデオの音、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? 【播放他喜歡的電視節目或是音樂,打開零食袋子的聲音,會從隔壁房間跑過來嗎?】	はい 【會】 いいえ 【不會】 わからない 【不知道】

6 インターフォンや電話の音に気がつきますか? 【能聽到門鈴或是電話的聲音嗎?】	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 【能 <input type="checkbox"/> 不能 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 】
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いう眼についての心配がありますか? 【眼睛會很畏光, 眼睛的動向很奇怪, 對眼睛有擔心的部分嗎?】	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 【沒有 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 】
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? 【當你用手指指東西說「嘿, 你看」時他會一起開心的看著嗎?】	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 【會 <input type="checkbox"/> 不會 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 】
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? 【當孩子有什麼想要的東西時, 他會自己用手指頭指, 跟你要求嗎?】	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 【會 <input type="checkbox"/> 不會 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 】
10 「〇〇はどこ」とたずねると、指をさして教えますか? 【詢問她「〇〇在哪」時, 他會用手指頭指嗎?】	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 【會 <input type="checkbox"/> 不會 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 】
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? 【「〇〇」(打球, 玩具等)拿過來】等, 只有語言的指示時他會拿過來嗎?	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 【會 <input type="checkbox"/> 不會 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 】
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? 【會說幾個有意思的單詞嗎? 例如媽媽, 車車等】	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 【會 <input type="checkbox"/> 不會 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 】
◆ 「はい」と答えた方 → どんなことばを話しますか? () 【回答「會」的人 → 什麼樣的話呢? ()】	
13 何かこわいことがあるとお母さんなどなじみにある人にしがみついたりしますか? 【如果有什麼害怕的時候, 會緊抓著媽媽等親近的人嗎?】	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 【會 <input type="checkbox"/> 不會 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 】
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? 【朋友或兄弟姊妹哭的時候, 像是會擔心的看著那個人的臉嗎?】	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 【會 <input type="checkbox"/> 不會 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 】
15 他の子どもに関心を示しますか? 【會對其他小朋友有興趣嗎?】	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 【會 <input type="checkbox"/> 不會 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 】
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? 【會擔心沒有玩伴或是沒有玩的機會嗎?】	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 【不會 <input type="checkbox"/> 會 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 】

裏面もお書きください【背面也請填寫】

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 □
 【請用黑色原子筆在符合的框內畫上斜線. 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。)
 【請不要用能擦拭的原子筆填寫. 有不清楚的地方, 留空白也可以】

17 お子さんは朝食を食べていますか? 【孩子吃早餐嗎?】	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 【吃 <input type="checkbox"/> 不吃 <input type="checkbox"/> 】
18 朝食に野菜を使った料理を食べていますか? 【早餐有吃包含蔬菜的料理嗎?】	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 【有 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 】
19 お子さんは朝食を家族と一緒にしていますか? 【孩子早餐有和家人一起吃嗎?】	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 【有 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 】
20 よくかんで食べていますか? 【有好好咀嚼著吃嗎?】	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 【有 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 】
21 母乳を飲んでいますか? 【喝母乳嗎?】	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 【不喝 <input type="checkbox"/> 喝 <input type="checkbox"/> 】
22 哺乳瓶を使っていますか? 【還用奶瓶嗎?】	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 【不用 <input type="checkbox"/> 用 <input type="checkbox"/> 】
23 毎日保護者が歯の仕上げ磨きをしていますか? 【家長會天天給他刷牙嗎?】	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 【會 <input type="checkbox"/> 不會 <input type="checkbox"/> 】
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"/> 【不會 <input type="checkbox"/> 會 <input type="checkbox"/> 】

【一天會吃3次以上甜食,飲料 (包含運動飲料)?】		はい いいえ わからない 【好 不好 不知道】
25 保護者の体調はよいですか? 【請問家長的身體狀況好嗎?】		はい いいえ わからない 【好 不好 不知道】
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。 【與孩子一起的生活情況如何呢?請在符合下列的敘述處全部打圈】		
①楽しい【快樂】 ②大変だが育児は楽しい【雖然辛苦,但是育兒很開心】 ③疲れる【疲勞】		
④よくイライラしている【經常感到焦慮】 ⑤気分がおちこむ【心情低落】 ⑥子どもをかわいいと思えない【覺得孩子不可愛】		
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。 【關於育兒方面,周遭有沒有可以諮詢或是提供幫助的人. 請在符合下列的敘述處打圈】		
①配偶者【配偶】 ②親【父母親】 ③友人【朋友】 ④親類【親戚】 ⑤その他【其他】()		
⑥誰もいない【沒有人】		
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? 【育兒中有感到煩惱痛苦?】		
◆ 「はい」と答えた方【回答「有」的人】 → どんなことですか?【像是什麼樣的事情?】		
29 主に育児をしているのはどなたですか? 【主要照顧者是誰?】		はい【有】 いいえ【沒有】
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) 【孩子容易感冒,容易很喘?還是反覆的起濕疹,有因為特地的食物飲料造成嘴巴周圍,嘴唇紅腫,嚴重的上吐下瀉等嗎? (只要有符合任何一個的話,請填有)】		はい【有】 いいえ【沒有】
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,孩子的兄弟姊妹,雙親,祖父母中,有人得過氣喘,過敏性鼻炎,異位性皮膚炎,蕁麻疹的人嗎?】		はい【有】 いいえ【沒有】

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)
【請填寫孩子一天的生活作息(例如:起床,睡覺,吃飯,點心,看電視,外面玩耍,睡午覺等等)】

午前【早上】		午後【下午】																
6時	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12