

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。【Please fill out this form and bring it with you】

1歳6か月児健康診査問診票【Health Checkup Questionnaire for 18 Month Old Infants】

		実施日 【Checkup date】	年 月 日 【YYYY/MM/DD】
お子さんについて 【About your child】	ふりがな 【with furigana】		
	氏名【Name】	性別 <input type="checkbox"/> 男【Male】 <input type="checkbox"/> 女【Female】 第 子【The child (birth order)】	生年月日 【Date of Birth】 年 月 日 【YYYY/MM/DD】 満 歳 か月 【Year and months old】
	住所・電話 【Current Address and Phone Number】	川崎市 区 【Kawasaki city Ward】	TEL ()

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 【Please write down any concerns about your child that you wish consult with us】			
今までに病気をしましたか？ 【Has your child ever suffered from any major illness?】	<input type="checkbox"/> ない【No】 <input type="checkbox"/> ある【Yes】 → 麻疹【Measles】 百日咳【Whooping cough】 おたふくかぜ【Mumps】 風疹【Rubella】 水痘【Chickenpox】 ぜん息【Asthma】 突発性発疹【Roseola】 その他【Other】 ()		
現在かかっている病気はありますか？ 【Is your child currently suffering from any ailments?】	<input type="checkbox"/> ない【No】 <input type="checkbox"/> ある【Yes】 → 病名【Name of illness】 ()		
ひきつけ(けいれん)を起こしたことはありますか？ 【Has your child ever had convulsions (spasms)?】	<input type="checkbox"/> ない【No】 <input type="checkbox"/> ある【Yes】 →	いつ頃 【At what age】	歳 か月 【year and month old】
		どんな時 【Situation】	熱のある時(℃) 【with a fever of】
これまでの成長をおたずねします 【Questions about your child's growth and development】	首すわり (月)	【Neck stabilization (months old)】	
	おすわり (月)	【Sitting up (months old)】	
	ひとり歩き (月)	【Walk without help (months old)】	
	人見知り(あり・なし)	【Fear of strangers (Yes/No)】	

1 ひとりで上手に歩きますか？ 【Does your child walk well without support?】	はい いいえ わからない 【Yes No I don't know】
2 鉛筆やクレヨンなどでめちやめちや書きをしますか？ 【Does your child scribble with a pencil or a crayon?】	はい いいえ わからない 【Yes No I don't know】
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？ 【Does your child pick up small objects like raisins with his/her fingers?】	いいえ はい わからない 【No Yes I don't know】
4 耳が聞こえにくいという心配がありますか？ 【Does your child seem to have any difficulty hearing?】	はい いいえ わからない 【Yes No I don't know】
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？ 【Does your child react to his/her favorite TV commercial, video sound, or the rustle of a candy bag in the next room?】	はい いいえ わからない 【Yes No I don't know】

6 インターフォンや電話の音に気がつきませんか？ 【Does your child react to the intercom or telephone ringing?】	はい いいえ わからない 【Yes No I don't know】
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？ 【Do you have any concerns about your child's eyes, such as strange eye movements or an over-sensitivity to light?】	いいえ はい わからない 【No Yes I don't know】
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？ 【When you point an object out to your child, does he/she enjoy looking at it?】	はい いいえ わからない 【Yes No I don't know】
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？ 【Does your child point at an object when he/she wants it?】	はい いいえ わからない 【Yes No I don't know】
10 「〇〇はどこ」とたずねると、指をさして教えますか？ 【When you ask your child "Where's _____ (name of object/person)?" does he/she point at the object/person?】	はい いいえ わからない 【Yes No I don't know】
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？ 【Does your child understand simple commands such as "Bring _____ (e.g. ball, toy) to me?"】	はい いいえ わからない 【Yes No I don't know】
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？ 【Does your child utter meaningful words such as "mama" or "bye-bye"?】	はい いいえ わからない 【Yes No I don't know】
◆ 「はい」と答えた方 → どんなことばを話しますか？（ 【Yes → What kinds of words does your child utter?（	） ）】
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？ 【When your child is scared, does he/she hold onto a familiar person like his/her mother?】	はい いいえ わからない 【Yes No I don't know】
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？ 【When your child's sibling or friend is crying, does he/she look at the person's face with concern?】	はい いいえ わからない 【Yes No I don't know】
15 他の子どもに関心を示しますか？ 【Does your child show interest in other children?】	はい いいえ わからない 【Yes No I don't know】
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？ 【Do you have any concerns that your child has no friends to play with or no chance to play with friends?】	いいえ はい わからない 【No Yes I don't know】

裏面もお書きください【Please fill reverse side】

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

【Please use a black ink ball point pen and cross the box diagonally as in the following picture】

（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。）

【Please refrain from using erasable pens. You may leave boxes blank if you are not certain】

17 お子さんは朝食を食べていますか？ 【Does your child have breakfast every day?】	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 【Yes】 【No】
18 朝食に野菜を使った料理を食べていますか？ 【Do you give vegetables to your child for breakfast?】	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 【Yes】 【No】
19 お子さんは朝食を家族と一緒にしていますか？ 【Does your child have breakfast with his/her family?】	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 【Yes】 【No】
20 よくかんで食べていますか？ 【Does your child chew his/her food well?】	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 【Yes】 【No】
21 母乳を飲んでいますか？ 【Is your child being breastfed?】	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 【No】 【Yes】
22 哺乳瓶を使っていますか？ 【Does your child drink from a bottle?】	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 【No】 【Yes】
23 毎日保護者が歯の仕上げ磨きをしていますか？ 【Do you brush your child's teeth every day?】	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 【Yes】 【No】
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？ 【Does your child have sweets (including sports drinks) more than three times a day?】	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 【No】 【Yes】
25 保護者の体調はよいですか？ 【Are you in good health?】	はい いいえ わからない 【Yes No I don't know】

<p>26 お子さんと一緒に生活はいかがですか？あてはまるものいくつかでも○をつけてください。 【What do you think about life with your child? Circle any of the answers listed】</p> <p>①楽しい【Enjoyable】 ②大変だが育児は楽しい【Hard work but enjoyable】 ③疲れる【Tiring】 ④よくイライラしている【Often feel frustrated】 ⑤気分が落ち込む【Depressing】 ⑥子どもをかわいいと思えない【Loss of interest in my child】 ⑦その他【other】 ()</p>	
<p>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？あてはまるものいくつかでも○をつけてください。 【Do you have someone to help and support you with child-rearing? Circle any of the answer listed】</p> <p>①配偶者【Spouse】 ②親【Parents】 ③友人【Friends】 ④親類【Relatives】 ⑤その他【Others】 () ⑥誰もいない【There's no such person】</p>	
<p>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？ はい【Yes】 いいえ【No】 【Do you have any worries and/or difficult times while rearing your child?】</p> <p>◆ 「はい」と答えた方【If you answer is 'Yes'】 → どんなことですか？【what are you worries and/or difficulties? 】</p>	
<p>29 主に育児をしているのはどなたですか？ 【Who mainly takes care of your child?】</p>	<p>昼【Daytime】 () 夜【Nighttime】 () 保育施設利用の場合【When using daycare center】 施設名【Name of your child's daycare center】 ()</p>
<p>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) 【Does your child often catch a cold and wheeze? Does he/she have recurring eczema? Has he/she had a red rash around his/her mouth or on the lips, diarrhea or vomiting after taking specific food or drinks? (If your child has had any of these symptoms, please circle 'Yes') 】</p>	
<p>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？ 【Has your child or your child's family (brother, sister, parent, or grandparent) suffered from asthma, allergic rhinitis (hay fever), atopic dermatitis or skin rash?】</p>	<p>いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 【No】 【Yes】</p>

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)
 【Please write down your child's daily routine.
 (For example, Get up, Go to bed, Meal time, Snack time, Watch TV, Play outside, Nap time, etc.) 】

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