

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。【Por favor llene este formulario y tráigalo con Usted】

1歳6か月児健康診査問診票 【Cuestionario Médico para Niños de 18 meses de Edad】

		実施日 【Fecha de chequeo】	年 月 日 【YYYY/MM/DD】
お子さんについて 【Sobre su niño】	ふりがな 【con <i>furigana</i> 】	生年月日 【Fecha de nacimiento】	年 月 日 【YYYY/MM/DD】
	氏名【Nombre】	男【Varón】 □ 女【Mujer】	満 歳 か月 【Año y meses de edad】
	住所・電話 【Dirección y Teléfono】	川崎市 区 【Kawasaki Municipio】	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 【Escriba cualquier preocupación que tenga sobre su niño.】			
今までに病気をしましたか？ 【¿Ha estado su niño seriamente enfermo?】	<input type="checkbox"/> ない【No】 <input type="checkbox"/> ある【Si】 → 麻疹【Sarampión】 百日咳【Tosferina】 おたふくかぜ【Papeiras】 風疹【Rubeola】 水痘【Varicela】 ぜん息【Asma】 突発性発疹【Roséola】 その他【Otro】 ()		
現在かかっている病気はありますか？ 【¿Está siendo su niño tratado por alguna enfermedad?】	<input type="checkbox"/> ない【No】 <input type="checkbox"/> ある【Si】 → 病名【Enfermedad】 ()		
ひきつけ（けいれん）を起こしたことはありますか？ 【¿Ha tenido su niño convulsiones?】	<input type="checkbox"/> ない【No】 <input type="checkbox"/> ある【Si】 →	いつ頃 【¿A que edad?】	歳 か月 【año y meses de edad】
	どんな時 【Situación】	熱のある時 (°C) 【con fiebre de】 その他 【Otro】	何回くらい 【Frecuencia】 回 【veces】
これまでの成長をおたずねします 【Desarrollo y crecimiento de su niño】	首すわり (か月) 【Estabilización del cuello (meses de edad)】 おすわり (か月) 【Sentarse (meses de edad)】 ひとり歩き (か月) 【Caminar sin apoyo (meses de edad)】 人見知り (あり・なし) 【Temor a gente desconocida (Si/No)】		

1 ひとりで上手に歩きますか？ 【¿Puede su niño caminar bien sin apoyo?】	はい	いいえ	わからない
	【Si】	No	No sé】
2 鉛筆やクレヨンなどでめちやめちや書きをしますか？ 【¿Puede su niño garabatear con un lápiz o un crayón?】	はい	いいえ	わからない
	【Si】	No	No sé】
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？ 【¿Puede su niño recoger objetos pequeños con sus dedos?】	いいえ	はい	わからない
	【No】	Si	No sé】
4 耳が聞こえにくいという心配がありますか？ 【¿Ha notado si su niño pareciera tener dificultad para oír?】	はい	いいえ	わからない
	【Si】	No	No sé】
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？ 【¿Reacciona su niño al sonido de la televisión o paquetes de comida provenientes de cuartos contiguos?】	はい	いいえ	わからない
	【Si】	No	No sé】

6 インターフォンや電話の音に気がつきませんか？ 【¿Reacciona su niño al sonido del intercomunicador o el teléfono?】	はい 【Si】	いいえ No	わからない No sé】
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？ 【¿Tiene alguna preocupación sobre los ojos de su niño, tal como movimientos extraños o sensibilidad excesiva a la luz?】	いいえ 【No】	はい Si	わからない No sé】
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？ 【Si señalas algún objeto a su niño, ¿se divierte viendo el objeto contigo?】	はい 【Si】	いいえ No	わからない No sé】
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？ 【¿Su niño señala a objetos cuando los quiere?】	はい 【Si】	いいえ No	わからない No sé】
10 「○○はどこ」とたずねると、指をさして教えますか？ 【Cuando se le pregunta a su niño “¿Dónde esta○○?”, ¿puede señalar a la persona u objeto con su dedo?】	はい 【Si】	いいえ No	わからない No sé】
11 「○○（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？ 【¿Entiende su niño comandos simple como “Tráeme (pelota, juguete, etc)”?】	はい 【Si】	いいえ No	わからない No sé】
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？ 【Pronuncia su niño palabras con significado tal como “mama” o “papa”?】 ◆ 「はい」と答えた方 → どんなことばを話しますか？（ ） 【Si → ¿Qué palabras pronuncia su niño?（ ）】	はい 【Si】	いいえ No	わからない No sé】
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？ 【Cuando su niño tiene miedo, ¿se aferra a una persona familiar, como su mama?】	はい 【Si】	いいえ No	わからない No sé】
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？ 【Cuando los amigos o hermanos de su niño están llorando, ¿muestra su niño cara de preocupación al verlos?】	はい 【Si】	いいえ No	わからない No sé】
15 他の子どもに関心を示しますか？ 【¿Muestra su niño interés en otros niños?】	はい 【Si】	いいえ No	わからない No sé】
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？ 【¿Le preocupa que su niño no tenga amigos con quien jugar o que no tenga la oportunidad de jugar?】	いいえ 【No】	はい Si	わからない No sé】

裏面もお書きください【Por favor llene el reverso】

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

【Use bolígrafo negro y escribe líneas diagonales en los recuadros de la respuestas que apliquen.】

（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。）

【No utilice bolígrafo borrable. Si no está seguro de alguna respuesta, puede dejarla en blanco.】

17 お子さんは朝食を食べていますか？ 【¿Toma su niño desayuno todos los días?】	はい □ 【Si】	いいえ □ 【No】	
18 朝食に野菜を使った料理を食べていますか？ 【¿Le da a su niño vegetables como parte del desayuno?】	はい □ 【Si】	いいえ □ 【No】	
19 お子さんは朝食を家族と一緒にしていますか？ 【¿Toma su niño el desayuno con el resto de la familia?】	はい □ 【Si】	いいえ □ 【No】	
20 よくかんで食べていますか？ 【¿Mastica su niño bien la comida?】	はい □ 【Si】	いいえ □ 【No】	
21 母乳を飲んでいますか？ 【¿Esta su niño siendo amamantado?】	いいえ □ 【No】	はい □ 【Si】	
22 哺乳瓶を使っていますか？ 【¿Usa su niño un biberón?】	いいえ □ 【No】	はい □ 【Si】	
23 毎日保護者が歯の仕上げ磨きをしていますか？ 【¿Le cepillan los dientes a su niño todos los días?】	はい □ 【Si】	いいえ □ 【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？ 【¿Come su niño cosas dulces más de tres veces al día? Cosas dulces incluyen bebidas deportivas】	いいえ □ 【No】	はい □ 【Si】	
25 保護者の体調はよいですか？ 【¿Esta Ud. en buena condición física y mental?】	はい 【Si】	いいえ No	わからない No sé】

<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。 【¿Cómo siente la vida con su niño? Circule la respuesta que mejor describa su situación.】</p> <p>①楽しい【Agradable】 ②大変だが育児は楽しい【Criar es duro pero agradable】 ③疲れる【Agotador】 ④よくイライラしている【Frecuentemente irritada】 ⑤気分が落ち込む【Deprimente】 ⑥子どもをかわいいと思えない【Creo que el bebé no es bello】 ⑦その他【Algún otro sentimiento】 ()</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。 【¿Tiene quien pueda apoyar física- y emocionalmente con la crianza de su bebe? Circule la opción que mejor describa su situación.】</p> <p>①配偶者【Cónyuge】 ②親【Padres】 ③友人【Amigos】 ④親類【Parientes】 ⑤その他【Otros】 () ⑥誰もいない【No tengo a nadie】</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【Si】 いいえ【No】 【¿Ha tenido Ud. alguna preocupación o dificultad al criar a su niño?】</p> <p>◆ 「はい」と答えた方【En caso de haber respondido ‘Si’】 → どんなことですか？【¿Cuáles son sus preocupaciones?】</p>	
<p>29 主に育児をしているのはどなたですか？ 【¿Quién se encarga mayoritariamente del niño?】</p>	<p>昼【De día】 () 夜【De noche】 () 保育施設利用の場合【En caso de ir a guardería】 施設名【Nombre de la guardería】 ()</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) 【¿Es fácil que su niño se resfrié? ¿Tiene eczema repetidamente? ¿Alguna vez se le ha enrojecido la boca o los labios, o ha tenido diarrea o vómitos severos con ciertos alimentos o bebidas?】</p> <p style="text-align: right;">いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 【No】 【Si】</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？ 【¿Su niño o alguno de sus hermanos, padres o abuelos padecen de asma, rinitis alérgica, dermatitis atópica o urticaria?】</p> <p style="text-align: right;">いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 【No】 【Si】</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)
 【Escriba la rutina diaria de su niño.
 (Por ejemplo, Hora de despertarse, Almuerzo, Merienda, Ver televisión, Jugar afuera, Hora de siesta, 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