

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】

3歳児健康診査問診票【Health Checkup Questionnaire for 3 Year Old Children】

		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】	<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 to consult with us】			
今までに病気や大きなけがをしましたか？ 【Has your child suffered from any major illness or injury?】	<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 any 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 ( °C) 【had a fever】
これまでの成長をおたずねします 【Development of your child】	首すわり ( か月) 【Able to hold head up at ( months old)】 おすわり ( か月) 【Able to sit at ( months old)】 ひとり歩き ( か月) 【Able to walk at ( months old)】 人見知り(あり・なし) 【Fear of strangers? (Yes/No)】 意味のある単語を話し始めたのはいつですか。( か月) 【At what age did your child start to use words that have meaning? ( months old)】		

<p>1 両足をそろえて、前にジャンプできますか。 【Can your child jump with his/her feet together?】</p>	<p>はい いいえ わからない 【Yes No I don't know】</p>
<p>2 クレヨンなどでまねをして丸が書けますか。 【Can your child draw or imitate a sample circle with a crayon?】</p>	<p>はい いいえ わからない 【Yes No I don't know】</p>
<p>3 問われて名前を言えますか。 【Can your child say his/her own name when asked what it is?】</p>	<p>はい いいえ わからない 【Yes No I don't know】</p>
<p>4 ことばについての心配がありますか。 【Do you have any concern about your child's ability to speak/linguistic development?】</p> <p>◆「はい」と答えた方 → 該当することはいくつでも○をつけてください。 【For "Yes" → Please circle as many as you feel relevant】</p> <p>文章を話さない【Unable to speak in sentences】 話が理解できない【Can't understand what he/she is saying】 絵本に興味を示さない【Doesn't show interest in picture books】 どもり【Stuttering】 発音のこと【Something related to your child's pronunciation】 その他【Other】( )</p>	<p>いいえ はい わからない 【No Yes I don't know】</p>
<p>5 言語(ことば)によるコミュニケーションがとれますか。 【Can you communicate verbally with your child?】</p>	<p>はい いいえ わからない 【Yes No I don't know】</p>
<p>6 「おいしいね」「たのしいね」など自分の気持ちを相手に伝えようとしますか。 【Does your child try to express himself/herself to others using such expressions as "tasty", "happy", etc.?】</p>	<p>はい いいえ わからない 【Yes No I don't know】</p>
<p>7 電車ごっこ、ままごとなど役割をもったごっこ遊びをしますか。 【Does your child engage in role-playing games such as house, train, shop, etc.?】</p>	<p>はい いいえ わからない 【Yes No I don't know】</p>
<p>8 耳が聞こえにくいという心配がありますか。 【Are you concerned that your child is hard of hearing?】</p> <p>◆「はい」と答えた方 → 該当することはいくつでも○をつけてください。 【For "Yes" → Please circle as many as you feel relevant】</p> <p>聞き返すことがよくある【Your child often asks you to repeat yourself】 テレビの音を大きくする【Your child tries to turn up TV volume】 ささやき声で話した時伝わらないことがある【Your child sometimes cannot understand you when you whisper】 その他【Other】( )</p>	<p>いいえ はい わからない 【No Yes I don't know】</p>
<p>9 目が悪いのではないかと心配がありますか。 【Are you concerned about your child's eyesight?】</p>	<p>はい いいえ わからない 【Yes No I don't know】</p>
<p>10 日常生活について困っていることがありますか。 【Do you have any worries or concerns about your day-to-day life?】</p> <p>◆「はい」と答えた方 → 該当することはいくつでも○をつけてください。 【For "Yes" → Please circle as many as you feel relevant】</p> <p>排泄(おっこ、うんち)【Excretion】 夜の睡眠【Nighttime sleep】 ひどいくせ【Bad habits】 人(場所)見知り【Fear of strangers (strange places)】 かんしゃく【Short-tempered】 こだわり【Persistent】 コミュニケーションが取りにくい【Hard to communicate with your child】 落ち着きがない【Restless】 ひどい偏食【Very unbalanced diet】 その他【Other】( )</p>	<p>いいえ はい わからない 【No Yes I don't know】</p>
<p>11 じっとしておらず迷子になる、じっくり話を聞けないなど対応に困ることがありますか。 【Is your child always restless and getting lost easily? Are they unable to focus and listen to you, jittery and hard to control?】</p>	<p>いいえ はい わからない 【No Yes I don't know】</p>
<p>12 自分で洋服を脱いだり着たりしますか。 【Can your child dress and undress by himself/herself?】</p>	<p>はい いいえ わからない 【Yes No I don't know】</p>

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】

<p>13 お子さんは野菜をつかった食事を食べていますか。 【Does your child eat dishes with vegetables?】</p>	<p>朝食【Breakfast】 <input type="checkbox"/> 昼食【Lunch】 <input type="checkbox"/> 夕食【Dinner】 <input type="checkbox"/> 該当なし【Not relevant】 <input type="checkbox"/></p>
<p>14 ご家庭で子どもだけで食事をすることがありますか。 【Do(es) your child(ren) eat only with their sibling(s)?】</p>	<p>いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 【No】 【Yes】</p>
<p>15 食事づくりのお手伝い（調理・食器運び等）をしていますか。 【Does your child help you to prepare meals (i.e. cooking and serving)?】</p>	<p>はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 【Yes】 【No】</p>
<p>16 丸飲みや口にとめ込むことなく、よくかんで食べていますか。 【Does your child chew well instead of just swallowing?】</p>	<p>はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 【Yes】 【No】</p>
<p>17 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 eat/drink sweet foods or beverages (including sports/ion drinks) three or more times a day?】</p>	<p>いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 【No】 【Yes】</p>
<p>18 毎日保護者が歯の仕上げ磨きをしていますか。 【Does a parent help to brush the child's teeth every day?】</p>	<p>はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 【Yes】 【No】</p>
<p>19 お子さんはかかりつけの歯科医がいますか。 【Does your child visit his/her family dentist?】</p>	<p>はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 【Yes】 【No】</p>
<p>20 定期的に歯科検診を受けていますか。 【Does your child have periodical dental checkups?】</p>	<p>はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 【Yes】 【No】</p>
<p>21 保護者の体調はよいですか。 【Are you and your spouse in good health?】</p>	<p>はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 【Yes】 【No】</p>
<p>22 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。 【How do you feel about life with your child? Please circle as many as you feel relevant: Raising my child is】 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子どもをかわいと思えない【Loss of interest in my child】 ⑦その他【Other】 ( )</p>	
<p>23 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 anyone to consult with about your concerns or to ask for help in raising your child? Please circle as many as you feel relevant: Yes, I have my】 ①配偶者【Spouse】 ②親【Parent(s)】 ③友人【Friends】 ④親類【Relative(s)】 ⑤その他【Other】 ( ) ⑥誰もいない【I have no such person】</p>	
<p>24 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 いいえ 【Have you any concerns or have you experienced any difficulties raising your child?】 【Yes No】 ◆「はい」と答えた方 → どんなことですか。 【“Yes” → What kind of concerns and hardship have you experienced?】 ( )</p>	
<p>25 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>26 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、ショックをおこしたことがありますか。(どれか1つでもあれば) 【Is (Are) any of the followings true: your child often catches a cold and wheezes? Develops rashes repeatedly / has had his/her mouth or lips swell and turn red / has developed shock symptoms due to some specific food?】</p>	<p>いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 【No】 【Yes】</p>

<p>27 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。  <small>【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?】</small></p>	<p>いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>  <small>【No】 <input type="checkbox"/> 【Yes】 <input type="checkbox"/></small></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.)】

<p>午前【am】</p> <p>6時 7 8 9 10 11 12</p>	<p>午後【pm】</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12</p>
--	---