

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】

3歳児健康診査問診票【Cuestionario Médico para Niños de 3 años de Edad】

お子さんについて 【Sobre su niño】	ふりがな 【con furigana】		実施日 【Fecha de chequeo】	ねん 年 がつ 月 にち 【YYYY/MM/DD】
	しめい 氏名【Name】	<input type="checkbox"/> 男【Varón】 <input type="checkbox"/> 女【Mujer】 だい 第 し 【Orden de nacimiento】	生年月日 【Fecha de nacimiento】	ねん 年 がつ 月 にち 【YYYY/MM/DD】 まん 満 歳 か月 【Año y _meses de edad】
	じゅうしょ 住所・電話 【Dirección y Teléfono】	かわさきし 川崎市 く 【Kawasaki Municipio】	TEL ()	

ひごろき 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】					
いま 今までに病気や大きなかがをしましたか? 【¿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【Paperas】 風疹【Rubeola】 水痘【Varicela】 哮息【Asma】 突発性発疹【Roseola】 その他【Otro】 ()				
げんざい 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 <small>【¿A qué edad?】</small> 【 <small>age</small> 】 どんな時 <small>【Situación】</small> 【 <small>situation</small> 】 ねつ <small>熱のある時</small> (°C) <small>【con fiebre de】</small> その他 <small>【Otro】</small> 【 <small>other</small> 】 なんかい <small>何回くらい</small> 【Frecuencia】 <small>【veces】</small> かい <small>回</small> 【 <small>times</small> 】				
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)】 ひとみし 人見知り (あり・なし) 【Temor a gente desconocida (Si/No)】 意味のある単語を話し始めたのはいつですか。(か月) <small>【¿A qué edad comenzó su niño a utilizar palabras con significado? (meses de edad)】</small>				

1 両足をそろえて、前にジャンプできますか。 【¿Puede su niño saltar hacia adelante con los dos pies juntos?】	はい 【Si】 いいえ 【No】 わからない 【No sé】
2 クレヨンなどでまねをして丸が書けますか。 【¿Puede copiar su niño un círculo con un creyón?】	はい 【Si】 いいえ 【No】 わからない 【No sé】
3 問われて名前を言えますか。 【¿Responde su niño con su nombre si le preguntan cómo se llama?】	はい 【Si】 いいえ 【No】 わからない 【No sé】
4 ことばについての心配がありますか。 【¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo lingüístico de su niño?】 ◆「はい」と答えた方 → 該当することにいくつでも○をつけてください。 【En caso de responder “Sí” → Circule todas las respuestas que describan sus preocupaciones】 文章を話さない【No habla en oraciones】 話が理解できない【No entiendo lo que dice】 絵本に興味を示さない【No muestra interés en libros ilustrados】 どもり【Tartamudeo】 発音のこと【Pronunciación】 その他【Otro】()	いいえ 【No】 はい 【Si】 わからない 【No sé】
5 言語（ことば）によるコミュニケーションがとれますか。 【¿Puede comunicarse verbalmente con su niño?】	はい 【Si】 いいえ 【No】 わからない 【No sé】
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。 【¿Intenta su niño compartir sus sentimientos con los demás, por ejemplo diciendo “que rico” o “que divertido”, etc.?】	はい 【Si】 いいえ 【No】 わからない 【No sé】
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。 【¿Toma parte su niño en juegos con roles, tal como casa, tienda o tren, etc.?】	はい 【Si】 いいえ 【No】 わからない 【No sé】
8 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」と答えた方 → 該当することにいくつでも○をつけてください。 【En caso de responder “Sí” → Circule todas las respuestas que describan sus preocupaciones】 聞き返すことがよくある【A menudo su niño pide que repita algo que dijo】 テレビの音を大きくする【Su niño intenta subir el volumen del televisor】 ささやき声で話した時伝わらないことがある【Su niño a veces no puede entenderlo cuando susurra】 その他【Otro】()	いいえ 【No】 はい 【Si】 わからない 【No sé】
9 目が悪いのではないかという心配がありますか。 【¿Ha notado si su niño pareciera tener dificultad al ver?】	はい 【Si】 いいえ 【No】 わからない 【No sé】
10 日常生活について困っていることがありますか。 【¿Tiene Ud. alguna dificultad con su niño en su vida cotidiana?】 ◆「はい」と答えた方 → 該当することにいくつでも○をつけてください。 【En caso de responder “Sí” → Circule todas las respuestas que describan sus preocupaciones】 排泄（おしっこ、うんち）【Haciendo sus necesidades】 夜の睡眠【Sueño nocturno】 ひどいくせ【Malos hábitos】 人（場所）見知り【Temor a desconocidos y lugares desconocidos】 かんしゃく【Berrinches】 こだわり【Obsesiones】 コミュニケーションが取りにくく【Dificultad al comunicarse】 落ち着きがない【Inquietud】 ひどい偏食【Dieta desequilibrada】 その他【Otro】()	いいえ 【No】 はい 【Si】 わからない 【No sé】
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。 【¿Tiene su niño dificultad tranquilizándose y termina perdiéndose a menudo? ¿Es difícil de controlar y pareciera que no logra concentrarse cuando le habla?】	いいえ 【No】 はい 【Si】 わからない 【No sé】
12 自分で洋服を脱いだり着たりしますか。 【¿Puede su niño ponerse o quitarse su propia ropa?】	はい 【Si】 いいえ 【No】 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.】

<p>13 お子さんは野菜をつかった食事を食べていますか。 【Come su niño vegetables?】</p>	<p>朝食【Desayuno】<input type="checkbox"/> 昼食【Almuerzo】<input type="checkbox"/> 夕食【Cena】<input type="checkbox"/> 該当なし【No aplica】<input type="checkbox"/></p>
<p>14 ご家庭でこどもだけ食事をすることができますか。 【Come su niño únicamente con sus hermanos?】</p>	<p>いいえ<input type="checkbox"/> はい<input type="checkbox"/> 【No】<input type="checkbox"/> 【Si】<input type="checkbox"/></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。 【Ayuda su niño con la comida (por ejemplo cocinando o sirviendo los platos)?】</p>	<p>はい<input type="checkbox"/> いいえ<input type="checkbox"/> 【Si】<input type="checkbox"/> 【No】<input type="checkbox"/></p>
<p>16 丸飲みや口にため込むことなく、よくかんで食べていますか。 【Mastica su niño bien la comida?】</p>	<p>はい<input type="checkbox"/> いいえ<input type="checkbox"/> 【Si】<input type="checkbox"/> 【No】<input type="checkbox"/></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。 【Come su niño cosas dulces más de tres veces al día? Cosas dulces incluyen bebidas deportivas】</p>	<p>いいえ<input type="checkbox"/> はい<input type="checkbox"/> 【No】<input type="checkbox"/> 【Si】<input type="checkbox"/></p>
<p>18 毎日保護者が歯の仕上げ磨きをしていますか。 【Ayuda un representante a cepillar los dientes del niño todos los días?】</p>	<p>はい<input type="checkbox"/> いいえ<input type="checkbox"/> 【Si】<input type="checkbox"/> 【No】<input type="checkbox"/></p>
<p>19 お子さんはかかりつけの歯科医がいますか。 【Su niño a visitado al dentista familiar?】</p>	<p>はい<input type="checkbox"/> いいえ<input type="checkbox"/> 【Si】<input type="checkbox"/> 【No】<input type="checkbox"/></p>
<p>20 定期的に歯科検診を受けていますか。 【Su niño va al dentista periódicamente?】</p>	<p>はい<input type="checkbox"/> いいえ<input type="checkbox"/> 【Si】<input type="checkbox"/> 【No】<input type="checkbox"/></p>
<p>21 保護者の体調はよいですか。 【Esta Ud. en buena condición física y mental?】</p>	<p>はい<input type="checkbox"/> いいえ<input type="checkbox"/> 【Si】<input type="checkbox"/> 【No】<input type="checkbox"/></p>
<p>22 お子さんと一緒に生活はいかがですか。あてはまるものにいくつでも○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>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。あてはまるものにいくつでも○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【Friends】 ④親類【Parientes】 ⑤その他【Otros】()</p>	
<p>④ 誰もいない【No tengo a nadie】</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。 【Ha tenido Ud. alguna preocupación o dificultad al criar a su niño?】</p>	<p>はい<input type="checkbox"/> いいえ<input type="checkbox"/> 【Si】<input type="checkbox"/> 【No】<input type="checkbox"/></p>
<p>◆「はい」と答えた方 → どんなことですか。 【En caso de haber respondido 'Sí' → ¿Cuáles son sus preocupaciones?】</p>	
<p>25 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>ひる夜【De día】() よる夜【De noche】()</p>
<p>ほいくしせつりようばあい 保育施設利用の場合【En caso de ir a guardería】</p>	
<p>しせつめい 施設名【Nombre de la guardería】()</p>	
<p>26 お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)</p>	<p>いいえ<input type="checkbox"/> はい<input type="checkbox"/> 【No】<input type="checkbox"/> 【Si】<input type="checkbox"/></p>
<p>【Es fácil que su niño se resfrie? ¿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>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。 【Su niño o alguno de sus hermanos, padres o abuelos padecen de asma, rinitis alérgica, dermatitis atópica o urticaria?】</p>	<p>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 めいさく 就寝 じゅうしん 食事 しょくじ おやつ テレビ てれび 外遊び そとあそび 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】

6時	7	8	9	10	11	12
----	---	---	---	----	----	----

午後【pm】

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