

Please fill out this form with a ballpoint pen and bring it on the day of the checkup.

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 YYYY	月 MM	日 DD	
		記入者 Completed by	父・母・その他 () Father / Mother / Other ()			
お子さんについて About Your Child	ふりがな Furigana			年 YYYY	月 MM	日 DD
	氏名 Name	□男 □女 第__子 □ Boy □ Girl Child No. _____ (Birth Order)		生年月日 Date of Birth		
	住所・電話 Address/ Phone Number	川崎市 区 Kawasaki City Ward		満 Age:	歳 years	か月 months
		TEL ()				
既往歴等 Medical History, etc.	生まれつきの病気はありますか。 Does your child have any congenital conditions?					いいえ・はい No / Yes
	かんしゃくをよく起こしますか。 Does your child often have tantrums?					いいえ・はい No / Yes
	泣いたり、動いたりせず大人しすぎると思ったことがありますか。 Have you ever felt your child is unusually quiet, with little crying or movement?					いいえ・はい No / Yes
	けいれんを起こしたことはありますか。 Has your child ever had convulsions?					いいえ・はい No / Yes
	食物アレルギーについて気がかりなことがありますか。 Do you have any concerns about your child's food allergies?					いいえ・はい No / Yes
	これまで事故で病院にかかったことがありますか。 Has your child ever been taken to a hospital due to an accident?					いいえ・はい No / Yes
	既往症 ※現在治療を必要とする病気や経過観察中の病気がある場合も「有」を選択してください。有の場合は、その内容を () 内にご記入ください。 Past Medical History *Please select "Yes" if your child has an illness that currently requires treatment or is under medical observation. If "Yes," please provide details.					無・有 No / Yes
発達経過 Developmental Progress	首すわり () 月) おすわり () 月) つかまり立ち () 月) つたい歩き () 月) 独り歩き () 月) Head control () months) Sitting without support () months) Pulling to stand () months) Walking while holding on to support () months) Walking independently () months)					
運動発達 Motor Development	1	手をひかれて階段を上ることができますか。 Is your child able to climb stairs while holding your hand?				はい・いいえ Yes / No
	2	手足の動きがぎこちなく突っ張った感じがありますか。 Are your child's hand or foot movements awkward or stiff?				いいえ・はい No / Yes
	3	鉛筆を持ってなぐり書きをしますか。※鉛筆にはクレヨンやペンも含まれます。 Can your child scribble with a pencil? *Including crayons or pens				はい・いいえ Yes / No
	4	スプーンを使って食事ができますか。 Can your child eat with a spoon?				はい・いいえ Yes / No
	5	片目ずつ手で隠しても、嫌がらないでみえていますか。 嫌がらない場合は「はい」、嫌がる場合は「いいえ」を選択してください。 Does your child continue to look without resisting when you cover one eye with your hand? Please select "Yes" if your child does not resist, or "No" if your child resists.				はい・いいえ Yes / No
	6	絵本を見て知っているものをさしますか。 Can your child point to things that they know in picture books?				はい・いいえ Yes / No
	7	周りの人の身振りや手振りをまねしますか。 ※「バイバイ」や「いただきます」などの動作をまねしますか。 Does your child imitate the gestures or movements of people around them? *Please include actions like "bye-bye" or "thank you".				はい・いいえ Yes / No

裏面もお書きください

Please also complete the back.

精神・ 神経発達 Mental and Neurological Development		Can your child imitate the gestures or hand movements of people around them? *For example, can your child imitate actions such as waving “bye-bye” or saying “itadakimasu”?	Yes / No
	8	何かに興味を持った時に、指さして伝えようとしていますか。 When your child is interested in something, do they communicate it by pointing?	はい ・ いいえ Yes / No
	9	部屋の離れたところにあるおもちゃを指すと、その方向をみますか。 When you point to a toy in a distant part of the room, does your child look in that direction?	はい ・ いいえ Yes / No
	10	周囲の人や他の子どもたちに関心を示しますか。 Does your child show interest in people around them or other children?	はい ・ いいえ Yes / No
	11	自分の好きなおもちゃで遊びますか。 Does your child play with their favorite toys?	はい ・ いいえ Yes / No
	12	相手になると喜びますか。 ※相手は保護者や身近な周りの方を指し、一緒に遊んであげると喜びますか。 **“Someone” refers to a parent or someone close to your child.	はい ・ いいえ Yes / No
	13	大人の言う簡単な言葉が分かりますか。※おいで・ねんね・ちょうだいなど Does your child understand simple words said by adults? *Such as “come here,” “go to sleep,” or “give that to me”?	はい ・ いいえ Yes / No
	14	意味のあることばをいくつか話しますか。※「ブーブー」「ワンワン」「ママ」など Can your child say several meaningful words such as “vroom-vroom,” “woof woof,” or “mama”?	はい ・ いいえ Yes / No
	15	うしろから名前を呼んだとき、振り向きませんか。 Does your child turn around when their name is called from behind them?	はい ・ いいえ Yes / No
問診追加 (発達) Additional Questions (Development)	16	「みてごらん」と指さしたものを一緒に見て楽しめますか。 Does your child enjoy looking at something with you when you point to it and say “look at this”?	はい ・ いいえ Yes / No
	17	子どもが欲しい「もの」がある時、自分からそれを指して要求することができますか。 When your child wants something, can they point to it themselves to ask for it?	はい ・ いいえ ・ わからない Yes / No / Not sure
	18	「○○はどこ」とたずねると、指さして教えますか。 When you ask your child “where is xx?” do they point to show you?	はい ・ いいえ ・ わからない Yes / No / Not sure
	19	「○○（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 follow verbal instructions such as “Bring me the XX (ball or toy, etc.)”?	はい ・ いいえ ・ わからない Yes / No / Not sure
20	子どもが話す意味のある言葉・単語を記載してください。 Please list the meaningful words or vocabulary that your child can say.		
生活習慣 Daily Habits	21	偏食や小食など食事について心配なことがありますか。 Are there any concerns about meals, such as being a picky eater or having a small appetite?	いいえ ・ はい No / Yes
	22	甘い飲み物（ジュースなど）をよく飲みますか。 ※1日3回以上飲んでいる場合は「はい」を選択してください。 Does your child often drink sweet beverages (juice, etc.)? *Please select “Yes” if your child drinks these three or more times per day.	いいえ ・ はい No / Yes
	23	便は毎日出ていますか。 Does your child have bowel movements every day?	はい ・ いいえ Yes / No
	24	保護者が、毎日、仕上げ磨きをしていますか。 Does a parent brush the child’s teeth every day after they brush? ①仕上げ磨きをしている（子どもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている） ②子どもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている ③子どもだけで磨いている ④子どもも保護者も磨いていない (1) Brushing is finished (A parent finishes brushing after the child brushes) (2) Only a parent brushes; the child does not brush themselves (3) The child brushes alone (4) Neither the child nor a parent brushes	

ボールペンで記入して、健診当日にお持ちください。

Please fill out this form with a ballpoint pen and bring it on the day of the checkup.

	25	食事や間食（おやつ）の時間はだいたい決まっていますか。 Are meal or snack (treat) times generally fixed?	はい ・ いいえ Yes / No
生活習慣 Daily Habits	26	朝起きる時間と、夜寝る時間を書いてください。 Please write your child's wake-up time and bedtime.	朝起きる時間 () 時頃 夜寝る時間 () 時頃 Wake-up time (around) o'clock Bedtime (around) o'clock
	27	上着を脱ごうとすることがありますか。 Does your child try to take their outer clothing off?	はい ・ いいえ Yes / No
	28	哺乳ビンを使っていますか。 Does your child use a baby bottle?	はい ・ いいえ Yes / No
	問診追加 (栄養) Additional Questions (Nutrition)	29	お子さんは朝食を食べていますか。 Does your child eat breakfast?
30		朝食に野菜を使った料理を食べていますか。 Does your child eat dishes containing vegetables for breakfast?	はい ・ いいえ Yes / No
31		お子さんは朝食を家族と一緒に食べていますか。 Does your child eat breakfast together with the family?	はい ・ いいえ Yes / No
32		よく噛んで食べていますか。 Does your child chew well when eating?	はい ・ いいえ Yes / No
33		母乳を飲んでいますか。 Does your child drink breast milk?	はい ・ いいえ Yes / No
34	定期的にフッ素の塗布をしていますか。 Does your child receive regular fluoride treatments?	はい ・ いいえ Yes / No	
親（主な養育者）や子育ての状況 Parent (Main Caregiver) and Child-Rearing Circumstances	35	現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。 ※お母さんがいない場合は、「なし」を選択してください。 Does the child's mother currently smoke? *Please select "No" if not applicable.	なし ・ あり No / Yes
	36	現在、お子さんのお母さんの一日当たりの喫煙本数は何本ですか。 How many cigarettes does the child's mother currently smoke per day? () cigarettes	本
	37	現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか。 ※お父さんがいない場合は、「なし」を選択してください。 Does the child's father currently smoke? *Please select "No" if not applicable.	なし ・ あり No / Yes
	38	現在、お子さんのお父さんの一日当たりの喫煙本数は何本ですか。 How many cigarettes does the child's father currently smoke per day? () cigarettes	本
	39	1歳半から2歳頃までの多くのこどもは、「何かに興味を持った時に、指さして伝えようとする」ことを知っていますか。 Are you aware that most children between 18 months and 2 years of age try to communicate by pointing when interested in something?	はい ・ いいえ Yes / No
	40	浴室のドアには、こどもが一人で開けることができないような工夫がしてありますか。 ※家庭内で溺水や転落などの対策をしている場合は「はい」を選択してください。 Is the bathroom door secured to prevent your child from opening it on their own? *Please select "Yes" if you have taken measures at home to prevent drowning or falling.	はい ・ いいえ ・ 該当しない Yes / No / Not Applicable
	41	あなたの最近の心身の調子はいかがですか。 How have you been feeling physically and mentally recently?	①良好 ②やや良好 ③どちらともいえない ④ややよくない ⑤よくない (1) Good (2) Fairly good (3) Neither good nor poor (4) Somewhat poor (5) Poor
	42	あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。 Do you have time to relax and be with your child?	はい ・ いいえ ・ 何ともいえない Yes / No / Not sure
	43	お子さんのお母さんとお父さんは、協力し合って家事・育児をしていますか。 Do the child's mother and father cooperate in housework and childcare?	①そう思う ②どちらかといえばそう思う ③どちらかといえばそう思わない ④そう思わない (1) Yes (2) To some extent (3) Not very much (4) No
	44	あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。 Do you find it difficult to raise your child?	感じない ・ 時々感じる ・ いつも感じる No / Sometimes / Always
45	育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。 When you find child-rearing difficult, do you know how to cope or have someone to consult with?	はい ・ いいえ Yes / No	

裏面もお書きください

Please also complete the back.

46	<p>あなたの日常の育児の相談相手は誰ですか。 ※複数選択可 その他の内容は () 内にご記入ください。</p> <p>Who do you talk to about child-rearing? *Multiple selections possible. If Other, please provide details.</p>	<p>①夫婦で相談 ②祖母または祖父 ③近所の人 ④友人 ⑤かかりつけの医師 ⑥保健師や助産師 ⑦保育士や幼稚園の先生 ⑧電話相談 ⑨インターネット ⑩誰もいない ⑪その他 ()</p> <p>(1) Spouse/Partner (2) Grandmother or grandfather (3) Neighbor(s) (4) Friend(s) (5) Family doctor (6) Public health nurse or midwife (7) Nursery or kindergarten teacher (8) Telephone consultation (9) Internet (10) No one (11) Other ()</p>
47	<p>地域の子育てサークルや子育て支援機関を知っていますか。</p> <p>Are you aware of any child-rearing support groups or organizations in this area?</p>	<p>はい ・ いいえ Yes / No</p>
48	<p>この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。</p> <p>Would you like to continue raising your child in this area?</p>	<p>①そう思う ②どちらかといえばそう思う ③どちらかといえばそう思わない ④そう思わない (1) Yes (2) Probably yes (3) Probably not (4) No</p>
49	<p>現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。</p> <p>How do you feel about your current financial situation overall?</p>	<p>①大変ゆとりがある ②ややゆとりがある ③普通 ④やや苦しい ⑤大変苦しい (1) Very comfortable (2) Quite comfortable (3) Normal (4) Quite difficult (5) Very difficult</p>
50	<p>育児は楽しいですか。</p> <p>Do you enjoy child-rearing?</p>	<p>はい ・ どちらともいえない ・ いいえ Yes / Not sure / No</p>
51	<p>育児は疲れますか。</p> <p>Is child-rearing tiring?</p>	<p>疲れない ・ どちらともいえない ・ 疲れる Not tiring / Not sure / Tiring</p>
52	<p>現在何か心配なことはありますか。いくつでも○を付けて下さい。その他の内容は、() 内にご記入ください。 Circle as many as apply. If Other, please provide details.</p> <p>Is there currently anything you are worried about? Circle as many as apply. If Other, please provide details.</p>	<p>①こどものこと ②配偶者／パートナーとの関係③父母／義父母との関係 ④育児仲間とのこと ⑤その他 ⑥特に心配事はない (1) About your child (2) Relationship with spouse/partner (3) Relationship with parents or in-laws (4) About child-rearing peers (5) Other (6) No particular concerns</p>
53	<p>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。 その他の内容は、() 内にご記入ください。 Circle as many as apply. If Other, provide details.</p> <p>How is life with your child? Circle as many as apply. If Other, provide details.</p>	<p>①楽しい ②大変だが育児は楽しい ③疲れる ④よくイライラしている ⑤気分が落ち込む ⑥子どもをかわいいと思えない ⑦その他 () (1) Enjoyable (2) Difficult, but enjoyable (3) Tiring (4) Often feel irritable (5) Depressing (6) Unable to feel affection for your child (7) Other ()</p>
54	<p>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。 はいの場合、その内容を () 内にご記入ください。</p> <p>Do you have any worries or difficulties related to child-rearing? If "Yes," please provide details.</p>	<p>はい ・ いいえ Yes / No</p>
55	<p>保育施設（一時保育を含む）を利用の場合は施設名を記入してください。 ※幼稚園・保育園名を記入</p> <p>If you use a childcare facility (including temporary childcare), please fill in the name of the facility. Provide the name of the kindergarten or nursery school.</p>	
56	<p>お子さんは風邪をひきやすく、ゼーゼーしやすいですか。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）</p> <p>Is your child prone to catching colds or wheezing? Do they repeatedly get eczema? Have they ever had redness or swelling around the mouth or lips, severe diarrhea, or vomiting after eating certain foods or drinks? (Select "Yes" if any apply.)</p>	<p>いいえ ・ はい No / Yes</p>
57	<p>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。</p> <p>Has your child, or any of your child's siblings, parents, or grandparents had asthma, allergic rhinitis, atopic dermatitis, or hives?</p>	<p>いいえ ・ はい No / Yes</p>

問診追加
(子育て)
Additional
Questions
(Child-
Rearing)