

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

3歳児健康診査 問診票

Health Checkup Questionnaire for 3-Year-Old Children

		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			生年月日 Date of Birth	年 YYYY / 月 MM / 日 DD
	氏名 Name			満 Age: 歳 years か月 months	
	住所・電話 Address/ Phone Number	川崎市 Kawasaki City	区 Ward		
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		
	けいれんを起こしたことがありますか。 Has your child ever had convulsions?		いいえ・はい No / Yes		
	ぜんそくやアトピー性皮膚炎と言われたことはありますか。 Have you ever been told that your child has asthma or atopic dermatitis?		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	おすわり () か月 独り歩き () か月 人見知り (あり・なし) 意味のある単語を話し始めたのはいつですか。 () 歳 () か月 Sitting without support () months Walking independently () months Stranger anxiety (Yes / No) At what age did your child begin speaking meaningful words? () years () months				
運動発達 Motor Development	1	ほぼこぼさないで一人で食べますか。 Can your child eat by themselves with little spilling?			はい・いいえ Yes / No
精神・ 神経発達 Mental and Neurological Development	2	同年齢の子どもと会話ができますか。 Can your child have conversations with children of the same age?			はい・いいえ Yes / No
	3	言葉が遅れているという心配はありますか。 ※コミュニケーションが取りにくい、文章を話さない、話が理解できない、絵本に興味を示さない、吃音、発音などの心配がある場合も「はい」を選択してください。 Do you have any concerns that your child's speech is delayed? *Please select "Yes" if you have concerns such as difficulty communicating, not speaking in sentences, not understanding speech, lack of interest in picture books, stuttering, or pronunciation issues.			いいえ・はい No / Yes
	4	何でも自分でしたりがりますか。 Does your child tend to want to do things themselves?			はい・いいえ Yes / No
	5	ひどく不安を示したり、恐れることはありますか。 Does your child show strong anxiety or fear?			いいえ・はい No / Yes
	6	ひどく乱暴で困ることはありますか。 Do you have trouble with your child being extremely aggressive?			いいえ・はい No / Yes

裏面もお書きください

Please also complete the back.

	7	ひどく落ち着かず注意が集中できなくて困ることがあります。 ※迷子になったり、じっくり話をきけないなど対応に困ることがあれば「はい」を選択してください。 Do you have trouble with your child being extremely restless or unable to concentrate? *Please select "Yes" if your child gets lost or has difficulty listening carefully.	いいえ ・ はい No / Yes
	8	指しゃぶり、爪かみ、ひどい人見知りをするなど困っていることがあります。 ※ひどいくせ、かんしゃく、こだわり、ひどい偏食など、日常生活で困っていることや心配なことがあれば「はい」を選択してください。 Does your child have problems such as thumb sucking, nail biting, or extreme stranger anxiety? * Please select "Yes" if there are habits, tantrums, strong preferences, severe picky eating, or other concerns that affect daily life.	いいえ ・ はい No / Yes
	9	衣服の着脱をひとりでしたがりですか。 ※ひとりで着替えができない場合は「いいえ」を選択してください。 Does your child tend to want to dress themselves? *Please select "No" if your child is unable to dress themselves.	はい ・ いいえ Yes / No
	10	ままごと、ヒーローごっこなど、ごっこ遊びができますか。 Can your child engage in pretend play such as playing house or superhero play?	はい ・ いいえ Yes / No
問診追加 (目・耳) Additional Questions (Eyes and Ears)	11	耳が聞こえにくいという心配がありますか。 Do you have any concerns about your child's hearing?	いいえ ・ はい ・ わからない No / Yes / Not sure
	12	目が悪いのではないかと心配がありますか。 Do you have any concerns about your child's eyesight?	いいえ ・ はい ・ わからない No / Yes / Not sure
生活習慣 Daily Habits	13	よく噛んで食べる習慣はありますか。 ※丸飲みや口のため込むことがあれば「いいえ」を選択してください。 Does your child chew well when eating? *Select "No" if your child tends to swallow food whole or keep food in their mouth.	はい ・ いいえ Yes / No
	14	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
	15	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
	16	昼間のおしっこを前もって知らせますか。 Does your child let you know when they want to urinate during the day?	はい ・ いいえ Yes / No
	17	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
	18	歯みがきや手洗いをしていますか。 Does your child brush their teeth and wash their hands?	はい ・ いいえ Yes / No
	19	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(こどもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている) ②こどもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている ③こどもだけで磨いている ④こ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
	20	間食の時間を決めていますか。 Are snack times fixed?	決めている ・ 決めていない Yes / No
	21	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
	22	お子さんはテレビや動画、タブレット、スマートフォン等を1日2時間以上みていますか。 Does your child spend more than 2 hours a day watching TV, videos, or using tablets or smartphones?	いいえ ・ はい No / Yes
問診追加	23	お子さんは野菜を使った食事を食べていますか。 Does your child eat meals containing vegetables?	はい ・ いいえ Yes / No

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.

(栄養) Additional Questions (Nutrition)	24	ご家庭で子どもだけで食事をすることがありますか。 Does your child sometimes eat meals without adults at home?	いいえ・はい No / Yes
	25	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 with meal preparation (cooking, carrying dishes, etc.)?	はい・いいえ Yes / No
問診追加 (歯科) Additional Questions (Dental Care)	26	定期的にフッ素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	27	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
	28	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
	29	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
	30	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
	31	3歳から4歳頃までの多くのこどもは、「他のこどもから誘われれば遊びに加わろうとする」ことを知っていますか。 Are you aware that most children between 3 and 4 years of age "try to join in play when invited by other children"?	はい・いいえ Yes / No
	32	あなたの最近の心身の調子はいかがですか。 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 How have you been feeling physically and mentally recently? (1) Good (2) Fairly good (3) Neither good nor poor (4) Somewhat poor (5) Poor	
	33	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
	34	お子さんのお母さんはお子さんとよく遊んでいますか。 ※お母さんがいない場合は、「いいえ」を選択してください。 Does the child's mother often play with the child? *Please select "No" if not applicable.	はい・いいえ Yes / No
	35	お子さんのお父さんはお子さんとよく遊んでいますか。 ※お父さんがいない場合は、「いいえ」を選択してください。 Does the child's father often play with the child? *Please select "No" if not applicable.	はい・いいえ Yes / No
	36	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
	37	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
	38	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
	39	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。 Who do you talk to about child-rearing? *Multiple selections possible. If Other, please provide details.	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() (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 ()
	40	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。 Are you aware of any child-rearing support groups or organizations in this area?	はい・いいえ Yes / No
	41	この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。 Would you like to continue raising your child in this area?	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

裏面もお書きください

Please also complete the back.

	42	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。 How do you feel about your current financial situation overall?	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
	43	お子さんのかかりつけの医師はいますか。 Does your child have a family doctor?	はい・いいえ・何ともいえない Yes / No / Not sure
	44	お子さんのかかりつけの歯科医師はいますか。 Does your child have a regular dentist?	はい・いいえ・何ともいえない Yes / No / Not sure
	45	育児は楽しいですか。 Do you enjoy child-rearing?	はい・どちらともいえない・いいえ Yes / Not sure / No
	46	育児は疲れますか。 Is child-rearing tiring?	疲れない・どちらともいえない・疲れる Not tiring / Not sure / Tiring
	47	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。 Is there currently anything you are worried about? Circle as many as apply. If Other, please provide details.	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
問診追加 (子育て) Additional Questions (Child-Rearing)	48	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。 How is life with your child? Circle as many as apply. If Other, please provide details.	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 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 ()
	49	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。 Do you have any worries or difficulties related to child-rearing? If "Yes," please provide details.	はい・いいえ Yes / No
	50	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 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.	()
	51	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。(どれも1つでもあれば) 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.)	いいえ・はい No / Yes
	52	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 any of your child's siblings, parents, or grandparents had asthma, allergic rhinitis, atopic dermatitis, or hives?	いいえ・はい No / Yes