

3歳児健診おたずね

幼児氏名	男 女	母親の職業	昼間の生活場所	自家 保育園等(施設名)	他家 ()	主たる保育者 昼間 夜
電話番号:						

おたずね票は、3歳児健診時に記入してお持ちください
 今までやったことのないものについては、挑戦してみてください

1-1 片足で2~3秒立てますか	はい	いいえ
1-2 てすりや支え無しで階段を上り降りできますか	はい	いいえ
1-3 歩き方や走り方で気になるところがありますか	はい	いいえ
はい→ 気になるところ()		
2-4 ハサミを使って切ることができますか	はい	いいえ
2-5 ボタンをはずすことができますか	はい	いいえ
2-6 はしを使って食事ができますか	はい	いいえ
2-7 衣類の着脱をひとりでできますか	はい	いいえ
2- 円をまねして書けますか	はい	いいえ
3-8 絵本の場面を説明できますか	はい	いいえ
4-9 色の名前がわかりますか	はい	いいえ
はい→ いくつわかりますか ()個		
4-10 本人と日常会話のやり取りができますか	はい	いいえ
4-11 言葉について心配なことはありますか	いいえ	はい
はい→ a 数が少ない b 赤ちゃん言葉 c どもる d 二語文がない e 発音がはっきりしない f その他 ()		
5-12 友達とかかわりをもって遊べますか	はい	いいえ
3-13 ままごとやごっこ遊びができますか	はい	いいえ
3-14 自分の意思を主張し、反抗したりしますか	はい	いいえ
3-15 普段どんな遊びをしていますか	遊び()	
9-16 オシッコは自分でできますか	はい	いいえ
9-17 ウンチは拭いてやれば自分でできますか	はい	いいえ
9-18 ウンチのでかたは ()日に ()回	性状は→ ・かたい ・普通 ・やわらかい	
9-19 オシッコやウンチのことで心配なことはありますか	はい	いいえ
はい→ ・夜だけオムツを使用 ・昼間もオムツを使用 ・失敗する ・尿の回数が多い、ちびちび漏らす ・その他 ()		
20 むし歯はありますか	いいえ	はい(治療中・治療済 治療に行っていない)
21 自分で歯磨きをしますか	はい	いいえ
22 親が毎日仕上げ磨きをしてあげていますか	はい	いいえ
はい→ 1日何回仕上げ磨きをしますか ()回		
23 フッ素入り歯磨きの使用をしていますか	はい	いいえ
24 歯について心配なことがありますか	はい	いいえ
はい→ 心配なこと ()		
25 顔を自分で洗いますか	はい	いいえ
26 お子さんはテレビやDVDを1日2時間以上見ていますか	はい	いいえ
27 子どもにスマホなどをよく見せたり、触らせたりしていますか	はい	いいえ

6-25 毎日の食事の様子はいかがですか	はい	いいえ
a ごはんの量が3食あわせてこども茶碗()杯くらい		
b こどもの食事を盛り別けていますか はい いいえ		
c 牛乳の量は1日()ml位		
d かみ方について ・よくかんで上手に食べる ・かんでも飲み込めない ・よくかまずに飲み込む ・肉、野菜などのかみごたえのあるものがかめない		
e 食欲は 朝食(有・無) 昼食(有・無) 夕食(有・無)		
6-26 食事について心配なことがありますか	はい	いいえ
はい→ ・好き嫌いが多く ・小食 ・むら食い ・食べさせてもらう ・食べるのに時間がかかる ・途中で立ち歩く ・その他 ()		
食物アレルギーはありますか はい いいえ		
はい→ ()		
6-27 おやつについてはいかがですか		
a おやつのは回数は1日()回位		
b ①量を決めている ②欲しがるだけ与える ③好きな時に与える		
c ジュース、スポーツドリンク、乳酸菌飲料など1日に どれ位飲んでますか ()ml		
d 普段よく食べるおやつは何ですか()		
e その他心配なことがありますか ()		

8-28 夜の睡眠について心配なことがありますか	はい	いいえ
はい→ ・夜、寝るのが遅い ・眠りながら歩き回る ・夜、突然激しく泣いたり、おびえたりする ・その他()		
10-29 いつも母にべったりで母がいないと泣きますか	はい	いいえ
10-30 人見知りが強いですか	はい	いいえ
10-31 見知らぬ人にも気楽に声をかけますか	はい	いいえ
10-32 おちつきがなく動き回りますか	はい	いいえ
10-33 何でも自分の思い通りにしようとするか	はい	いいえ
10-34 たびたび人をたたいたり、かんだりしますか	はい	いいえ
10-35 1m位の高さの所でも怖がって上らないですか	はい	いいえ
10-36 気になる癖がありますか	はい	いいえ
はい→ ・指しゃぶり ・性器いじり ・タオルなどを離さない ・その他()		
37 子育てについてどう思いますか(○をつけてください)	大変に思わない 大変	
38 子育てで大変な時に誰か助けてくれる人がいますか	はい(誰	いいえ
39 心配なこと、気になることがありましたら、ご記入ください	()	

40 前日の1日の生活の様子と食事について
 記入欄を参考に記入してください
 旅行・来客・外出等の特別な日であれば、
 普段の様子を記入してください

8-6 8-8
 8-20 8-22

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
生活の記入例												すいみん																							
朝食												間食(おやつ)												夕食											
めだま焼き												おにぎり 麦茶												ほうれん草のおひたし											
ごはん ふりかけ												煮込み うどん												りんご1/3個 ヨーグルト											
野菜の 味噌汁												トマト												サラダ											
																								ハンバーグ ミニトマト											
																								ごはん											
																								コーン スープ											
																								麦茶											

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
朝食												間食(おやつ)												夕食											

裏面へつづく

◎耳・鼻と目についてのおたずね

あてはまる項目に○をつけてください

必要に応じてその状況を記入してください

1	耳や鼻が悪いという心配がありますか		
	(1) 家族、親せきの方に小さなお子さんから耳の聞こえのわるい方がいますか。 (どなたですか)	はい	いいえ
	(2) 中耳炎に何回、かかったことがありますか。	はい	いいえ
	(3) ふだん鼻づまり、鼻汁をだす、口で息をしている、のどれかがありますか。	はい	いいえ
	(4) 呼んで返事をしなかったり、聞き返したり、テレビの音を大きくするなど聞こえの悪いと思うときがありますか。	はい	いいえ
	(5) 保育所の保育士など、お子さんに接する人から、聞こえが悪いと言われたことがありますか。	はい	いいえ
	(6) 話しことばについて、遅れている、発音がおかしいなど、気になることがありますか。	はい	いいえ
	(7) あなたの言う言葉の意味が、動作などを加えないと伝わらないことがありますか。	はい	いいえ
2	目が悪いという心配がありますか		
	(1) 家族に視力の悪い方がいる (どなたですか)	はい	いいえ
	(2) 本やテレビを非常に近くで見る	はい	いいえ
	(3) 物を見る時、次のような様子をする	はい	いいえ
	a 目を細めてみる b 頭を傾けてみる		
	c 横目でみる d 上目使いでみる		
	(4) 不自然なまぶしがり方をしますか	はい	いいえ
	(5) 斜視(黒目が内よっている・外や上にずれている)の心配がある	はい	いいえ
	(6) まぶたが下がっている	はい	いいえ
	(7) じっと見ている時に目が揺れている	はい	いいえ
	(8) 暗い所では、いつまでも動きが鈍い	はい	いいえ
	(9) 瞳(黒目の中央)が白っぽく見えることがある	はい	いいえ
	(10) 黒目の大きさが左右で違う	はい	いいえ
	(11) その他、目について心配なことがありましたらご記入ください ()		
3	聴覚検査(自宅で実施した結果を記入) ●絵シートによるささやき声を実施し結果を記入しましょう● 出来た項目に○をしましょう。		
	いぬ くつ かさ ぞう ねこ いす		(/6)
4	視力検査 (1) 自宅での視力検査 実施した → 見えた絵の数 右(/4) 左(/4) (その時の様子 実施しなかった)		
スタッフ記入欄	(2) スポットビジョン 異常なし 所見あり () 眼位 異常なし 所見あり ()		
	会場での視力検査 右(/4) 左(/4)		

3歳児健診用

「健やか親子21」評価のための質問です。該当番号に○をしてください。

(1) 現在、あなた(お母さん)は喫煙をしていますか。	1. なし 2. あり(1日 本)
(2) 現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか。	1. なし 2. あり(1日 本)
(3) この地域で、今後子育てをしていきたいですか。	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
(4) お子さんのお父さんは、育児をしていますか。	1. よくやっている 2. 時々やっている 3. ほとんどしない 4. 何ともいえない
(5) お母さんは、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。	1. はい 2. いいえ 3. 何ともいえない
(6) ①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。	1. いつも感じる 2. 時々感じる 3. 感じない
②(①で「1. いつも感じる」もしくは「2. 時々感じる」と回答した人に対して)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。	1. はい 2. いいえ
(7) 3歳から4歳頃までの多くの子どもは、「他の子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。	1. はい 2. いいえ
(8) この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるすべてに○を付けてください。 1. しつけのし過ぎがあった 2. 感情的に叩いた 3. 乳幼児だけを家に残して外出した 4. 長時間食事を与えなかった 5. 感情的な言葉で怒鳴った 6. いずれも該当しない	
(9) 地域の子育てサークルや子育て支援センターを知っていますか	1. はい 2. いいえ
(10) 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	大変ゆとりがある 大変苦しい
(11) これまで事故で病院にかかったことがありますか	1. はい 2. いいえ
(12) あなたの最近の心身の調子はいかがですか	良好 良くない
(13) お子さんのかかりつけの医師はいますか	1. はい 2. いいえ 3. 何ともいえない
(14) お子さんのかかりつけの歯科医師はいますか	1. はい 2. いいえ 3. 何ともいえない

<保健師記入欄>

姓・名	
年齢	
場面説明(5/6)	
色の名称(3/4)	