

乳幼児健康診査の問診(県共通問診項目を除く)

1か月児

| | | | |
|----|---------------------------------------|----|-----|
| 1 | お乳をよくのみますか。 | はい | いいえ |
| 2 | 裸にすると手足をバタバタしますか。 | はい | いいえ |
| 3 | 大きな音にビクッと、手足を伸ばしたり、泣き出すことがありますか。 | はい | いいえ |
| 4 | あなた(お母さん)の顔やおもちゃをほんの短い間見つめるようになりましたか。 | はい | いいえ |
| 5 | 泣いているときに声をかけると泣きやみますか。 | はい | いいえ |
| 6 | おへそはかわいていますか。 | はい | いいえ |
| 7 | うすい黄色、クリーム色、灰白色の便がつづいていますか。 | はい | いいえ |
| 8 | 泣いたりお乳を飲んでいる時に顔色が悪く(紫色に)なりますか。 | はい | いいえ |
| 9 | からだがかたかったり、そりくりかえりやびくつきが多いですか。 | はい | いいえ |
| 10 | 泣き声に元気がありますか。 | はい | いいえ |
| 11 | 泣いて力んだ時など、股の部分に「こぶ」ができますか。 | はい | いいえ |
| 12 | 今までに何か病気をしましたか。 | はい | いいえ |
| 13 | 子育てについて困難を感じることはありますか。 | はい | いいえ |

3~4か月児

| | | | |
|----|---------------------------------|----------------------------|-----|
| 1 | お乳をよく飲みますか。 | はい | いいえ |
| 2 | 1か月の頃の栄養方法を教えてください。 | 母乳のみ 混合(母乳+ミルク) 人工 | |
| 3 | 現在の栄養方法を教えてください。 | 母乳のみ 混合(母乳+ミルク) 人工 | |
| | | ⇒ 母乳 1日 回、 ミルク 1日 ml× 回 | |
| 4 | 便の回数は | 日に 回 | |
| 5 | 首がすわりましたか。 | はい | いいえ |
| 6 | あやすと笑いますか。 | はい | いいえ |
| 7 | 目の前でおもちゃや手を動かすと、それを目で追いますか。 | はい | いいえ |
| 8 | 見えない方向から声をかけると、そちらのほうを見ようとしますか。 | はい | いいえ |
| 9 | あやすと、「ア」、「ウー」など声を出して応えますか。 | はい | いいえ |
| 10 | 両手をよく開くようになりましたか。 | はい | いいえ |
| 11 | ほんの短い時間なら手におもちゃを握っていますか。 | はい | いいえ |
| 12 | 目つきや目の動きがおかしいのではないかと気になりますか。 | はい | いいえ |
| 13 | 涙や目やにがいつもたまっていますか。 | はい | いいえ |
| 14 | 泣いたりお乳を飲んでいるときに顔色が悪く(紫色に)なりますか。 | はい | いいえ |
| 15 | 不機嫌でもないのにからだをよくそらせますか。 | はい | いいえ |
| 16 | ひどく神経質ですか。 | はい | いいえ |
| 17 | 股の開きが悪いと感じることがありますか | はい | いいえ |
| 18 | 血のつながった親族に股関節の病気の人がいましたか。 | はい(誰ですか:) いいえ | |
| 19 | 外気浴をしていますか。 | はい | いいえ |
| 20 | 最近、何か病気をしましたか。 | はい | いいえ |
| 21 | 現在治療中及び経過を診てもらっている病気はありますか。 | はい | いいえ |
| 22 | 妊娠中にたばこを吸っていましたか。 | 吸っていた 止めた 吸わない | |

| | |
|---------------------------|------------------------|
| 23 日中の主な保育者は誰ですか。 | 母・父・祖父母・保育所 ・その他() |
| 24 子育てを手伝ってくれる人はいますか。 | はい いいえ |
| 25 お母さんの体調はよいですか。 | はい いいえ |
| 26 育児は疲れますか。 | はい いいえ |
| 27 子育てについて困難を感じることはありますか。 | はい いいえ |
| 28 育児は楽しいですか。 | はい いいえ |
| 29 心配なことや相談したいことがありますか。 | はい() いいえ |

6～7か月児

| | | |
|---------------------------------------------|---------------|-------|
| 1 離乳食を始めましたか。 | はい | いいえ |
| 2 寝返りをしますか。 | はい(か月 いいえ | 日頃から) |
| 3 おすわりをしますか。 | はい(か月 いいえ | 日頃から) |
| 4 からだのそばにあるおもちゃに手をのばしてつかみますか。 | はい(か月 いいえ | 日頃から) |
| 5 家族といっしょにいる時、話しかけるような声を出しますか。 | はい(か月 いいえ | 日頃から) |
| 6 テレビやラジオの音がしはじめると、すぐそちらを見ますか。 | はい | いいえ |
| 7 見えない所からの音や呼びかけに明らかに振り向きますか。 | はい | いいえ |
| 8 ひとみが白く見えたり、黄緑色に光ってみえたりすることがありますか。 | はい | いいえ |
| 9 目つきがおかしいとか、明るいところでは眼を閉じてしまうことがありますか。 | はい | いいえ |
| 10 変わった動作(例えば急に首をたれ、うづくまるような動作)をすることがありますか。 | はい | いいえ |
| 11 初めての歯は、生えましたか。 | はい | いいえ |
| 12 最近、何か病気をしましたか。 | はい | いいえ |
| 13 子育てについて困難を感じることはありますか。 | はい | いいえ |

9～10か月児

| | | |
|------------------------------------|---------------|-------|
| 1 離乳食は順調にすすんでいますか。 | はい | いいえ |
| 2 はいはいをしますか。 | はい(か月 いいえ | 日頃から) |
| 3 つかまり立ちができますか。 | はい(か月 いいえ | 日頃から) |
| 4 指で小さい物をつまみますか。 | はい | いいえ |
| 5 後追いをしますか。 | はい | いいえ |
| 6 バイバイといって手を振ると、まねをしますか。 | はい | いいえ |
| 7 外のいろいろな音に反応を示しますか。 | はい | いいえ |
| 8 機嫌よくひとり遊びができますか。 | はい | いいえ |
| 9 そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きますか。 | はい | いいえ |
| 10 歯の生え方、形、色、歯肉などについて気になることがありますか。 | はい | いいえ |
| 11 最近、何か病気をしましたか。 | はい | いいえ |
| 12 子育てについて困難を感じることはありますか。 | はい | いいえ |

1歳6か月児

| | | |
|----------------------------|---------------|-------|
| 1 ひとりで上手に歩きますか。 | はい(か月 いいえ | 日頃から) |
| 2 手を引いて階段を上がりますか。 | はい | いいえ |
| 3 手足の形や動きがおかしいという心配がありますか。 | はい | いいえ |

| | | |
|----|-------------------------------------|------------------------|
| 4 | ママ、ブーブーなど意味のあることばをいくつか話しますか。 | はい(ことばの数: いいえ) |
| 5 | おとなの簡単な命令 (お座りなさい、新聞とってきて) がわかりますか。 | はい いいえ |
| 6 | 絵本を見て動物や物の名前をきくと、それを指さしますか。 | はい いいえ |
| 7 | 大人のまねをしますか。 | はい いいえ |
| 8 | 相手になって遊ぶと喜びますか。 | はい いいえ |
| 9 | 視線が合わないという心配がありますか。 | はい いいえ |
| 10 | 鉛筆やクレヨンでなぐり書きをしますか。 | はい いいえ |
| 11 | 小さい積み木を2~3個積みめますか。 | はい いいえ |
| 12 | 他の子どもに関心もちますか。 | はい いいえ |
| 13 | どんな遊びが好きですか。 | (遊びの例:) |
| 14 | 自分でコップを持って水を飲みますか。 | はい いいえ |
| 15 | スプーンを持って自分で食べようとしますか。 | はい いいえ |
| 16 | 好き嫌いはありますか。 | はい いいえ |
| 17 | うしろから名前を呼んだとき振り向きますか。 | はい いいえ |
| 18 | 極端にまぶしがったり、目の動きがおかしいのではないかと気になりますか。 | はい いいえ |
| 19 | 排泄のしつけをしていますか。 | はい いいえ |
| 20 | いつも指しゃぶりをしますか。 | はい いいえ |
| 21 | おしゃぶりを使用していますか。 | はい いいえ |
| 22 | いつ歯みがきをしていますか。 | 食後(朝・昼・夜) 寝る前 |
| 23 | かかりつけの歯科医がありますか。 | はい いいえ |
| 24 | 今までにフッ化物塗布を受けたことがありますか。 | はい いいえ |
| 25 | 本日フッ化物塗布を希望しますか。 | はい いいえ |
| 26 | 最近、何か病気をしましたか。 | はい いいえ |
| 27 | 現在治療中及び経過を診てもらっている病気がありますか。 | はい いいえ |
| 28 | 子育てについて困難を感じることはありますか。 | はい いいえ |
| 29 | 育児は楽しいですか。 | はい いいえ |
| 30 | 子育てを手伝ってくれる人はいますか。 | はい いいえ |
| 31 | お母さんの体調はよいですか。 | はい いいえ |
| 32 | 日中の主な保育者は誰ですか。 | 母・父・祖父母・保育所 ・その他() |
| 33 | 心配なことや相談したいことはありますか。 | はい() いいえ |
| 34 | 発達相談を希望されますか。 | はい いいえ |
| 35 | 栄養相談を希望されますか。 | はい いいえ |

2歳児

| | | |
|---|------------------------------------|---------------------|
| 1 | 歩行について、何か心配はありますか。 | はい いいえ |
| 2 | 手をつないで、階段を上ったり降りたりしますか。 | はい いいえ |
| 3 | 両足をそろえてピョンピョン飛びますか。 | はい いいえ |
| 4 | 自分でパンツやズボンを脱ごうとしますか。 | はい いいえ |
| 5 | 二語文(「ワンワン キタ」「マンマ チョウダイ」など)を話しますか。 | はい いいえ |
| 6 | 自分でくつをはきますか。 | はい いいえ |
| 7 | 排尿を教えますか。 | はい いいえ |
| 8 | おむつを使用していますか。 | はい(一日中・夜間のみ) いいえ |
| 9 | お母さんと離れて遊ぶことができますか。 | はい いいえ |

3歳児

| | | |
|---|----------------------|---------|
| 1 | 手を使わずにひとりで階段をのぼれますか。 | はい いいえ |
| 2 | クレヨンなどで丸(円)を書きますか。 | はい いいえ |
| 3 | 衣服の着脱をひとりでできがりますか。 | はい いいえ |

| | | | |
|----|---------------------------------------------------|------------------------------------------|-----|
| 4 | 自分の名前が言えますか。 | はい | いいえ |
| 5 | ことばの遅れや発音の心配がありますか。 | はい | いいえ |
| 6 | 三語文が話せますか。 | はい | いいえ |
| 7 | 色、形、大小の区別がつかますか。 | はい | いいえ |
| 8 | 視線が合わないという心配がありますか。 | はい | いいえ |
| 9 | 遊び友だちがいますか。 | はい | いいえ |
| 10 | ままごと、怪獣ごっこなど、ごっこ遊びができますか。 | はい | いいえ |
| 11 | ふだんの動作で何か気になることがありますか。 (ころびやすい、歩き方や座り方がおかしいなど) | はい | いいえ |
| 12 | よくかんで食べる習慣はありますか。 | はい | いいえ |
| 13 | 食事について困っていることがありますか。 | はい | いいえ |
| 14 | 歯磨きや手洗いをしていますか。 | はい | いいえ |
| 15 | 保護者が歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 | はい | いいえ |
| 16 | いつ歯みがきをしていますか。 | 食後(朝・昼・夜) | 寝る前 |
| 17 | いつも指しゃぶりをしていますか。 | はい | いいえ |
| 18 | おしゃぶりを使用していますか。 | はい | いいえ |
| 19 | 今までにフッ化物塗布を受けたことがありますか。 | はい | いいえ |
| 20 | 本日フッ化物塗布を希望しますか。 | はい | いいえ |
| 21 | 就園について教えてください。 | すでに就園している、 月から就園予定 (どこ)、 予定はない | |
| 22 | 最近、何か病気をしましたか。 | はい | いいえ |
| 23 | 現在治療中及び経過を診てもらっている病気はありますか。 | はい | いいえ |
| 24 | 日中の主な保育者は誰ですか。 | 母・父・祖父母・保育所 ・その他() | |
| 25 | お母さんの体調はよいですか。 | はい | いいえ |
| 26 | 子育てについて困難を感じることはありますか。 | はい | いいえ |
| 27 | 育児は楽しいですか。 | はい | いいえ |
| 28 | 心配なことや相談したいことはありますか。 | はい() | いいえ |
| 29 | 発達相談を希望されますか。 | はい | いいえ |
| 30 | 栄養相談を希望されますか。 | はい | いいえ |

3歳後半～4歳

| | | | |
|----|---------------------------|----|-----|
| 1 | 歩くことや走ることで気になることはありますか。 | はい | いいえ |
| 2 | 足を交互に出して階段を上れますか。 | はい | いいえ |
| 3 | 両足をそろえて前にジャンプできますか。 | はい | いいえ |
| 4 | 片足で2～3秒立てますか。 | はい | いいえ |
| 5 | でんぐりがえしはできますか。 | はい | いいえ |
| 6 | はさみを使って紙を切ることはできますか。 | はい | いいえ |
| 7 | ボタンを留められますか。 | はい | いいえ |
| 8 | お母さんと離れて遊ぶことができますか。 | はい | いいえ |
| 9 | 「待ってて」や順番を守ることができますか。 | はい | いいえ |
| 10 | 「こうしていい?」と許可を求めることができますか。 | はい | いいえ |
| 11 | 同年齢の子と遊んだり会話ができますか。 | はい | いいえ |
| 12 | 排泄について心配なことがありますか。 | はい | いいえ |
| 13 | ことばについて心配なことがありますか。 | はい | いいえ |