

## 1歳6か月問診用紙

お名前

ID

○男 ○女

生年月日

ご家庭でのお子さんの生活の様子を教えてくださいたいと思いますので、以下の質問についてお答え下さい

1-1. 入院するような病気にかかりましたか

○いいえ ○はい

病名

いつ頃ですか

年 月 頃

1-2. 気管支喘息のような、よくかかる病気がありますか

○いいえ ○はい

病名

1-3. ひきつけを起こしたことがありますか

○いいえ ○はい ○不明

1-4. そのとき高熱がありましたか

○はい ○いいえ ○不明

1-5. 食事は1日 回 よく食べる 普通 あまり食べない ひどい偏食がある

食事について下さいの心配なことがあればお書き下さい

1-6. 生活のリズムや睡眠時間のことで心配がありますか

○いいえ ○はい

「はい」の場合はその内容

2-1. ひとり歩き(2、3歩)を始めたのはいつ頃ですか

歳 カ月 年 月 頃

2-2. かなりよく走りますか

○はい ○いいえ ○不明

2-3. 片手を引いてあげれば階段を昇りますか

○はい ○いいえ ○不明

2-4. 干しぶどうのような小さいものを指先でつまみますか

○はい ○いいえ ○不明

2-5. 自分でスプーンを使って食べようとしますか

○はい ○いいえ ○不明

3-1. 鉛筆やクレヨンで殴り書きをしますか

○はい ○いいえ ○不明

3-2. 積み木を2、3個重ねますか

○はい ○いいえ ○不明

3-3. 車を走らせたり、人形を抱いたりして遊びますか

○はい ○いいえ ○不明

3-4. くしやハブラシを使うまねをしますか

○はい ○いいえ ○不明

4-1. 「ワンワン」など、意味のある単語が言えますか

○はい ○いいえ ○不明

「ワンワン」など言える単語を3つ書いて下さい

4-2. 絵本を見て、知っている物の名前を言ったり指したりしますか

○はい ○いいえ ○不明

4-3. 自分の名前を呼ばれると「はい」と返事をしますか

○はい ○いいえ ○不明

4-4. 簡単な言いつけを理解して実行できますか(「新聞を持ってきて」など)

○はい ○いいえ ○不明

5-1. 他の子どもに関心を示しますか

○はい ○いいえ ○不明

5-2. 同じくらいの年齢の子どもと比べて、とても落ちつきがないと思いますか

○いいえ ○はい ○不明

5-3. 食事の間もじっとしていないで、動き回っていますか

○いいえ ○はい ○不明

6-1. 音に反応しにくい、テレビの音を大きくするなど、聞こえに関する心配がありますか

○いいえ ○はい ○不明

6-2. テレビをいつも近づいて見るなど、眼が悪いのではないかと心配がありますか

○いいえ ○はい ○不明

7. 集団保育などに通っていますか

どこへ通っていますか

保育園療養施設療養グループ親子教室その他...

お子さんは楽しそうに通園していますか

はいいいえ不明通園していない

8. 現在の家族構成についてお書き下さい

父母兄姉妹弟祖父祖母その他

9. お子さんを育てる上で心配なことや健診で聞きたいことがある場合にはお書き下さい

この健診の結果を低出生体重児の予後統計のために使用する場合があります。

個人の情報として使用されることは一切ありません。同意していただけますか

○はい ○いいえ

記入者名

記入日