

1歳6か月児健診アンケート Health Check-up Questionnaire for Your Child at 18 Months Old

太枠内に記入し、あてはまるものに○印をつけてください。裏面にもご記入ください。

Fill in the bold-framed area and circle the appropriate answers. Please fill in the backside, as well.

このアンケートに記入された方はどなたですか Who is completing this questionnaire?				母親・父親・その他() Mother/Father/Other()		
本日の健診に同伴された方はどなたですか Who is the companion for today's check-up?				母親・父親・祖父母・その他() Mother/Father/Grandparent/Other()		
(ふりがな) お子さんの氏名 Name of child				住所 Address		
国籍 Nationality				電話 TEL (Mobile)		
生年月日 Date of birth	(y)/ (m)/ (d) / /	男・女 Male / Female	(第 子) (Order of birth :)	メール E-mail		
お子さんは保育園・幼稚園に通っていますか いいえ・はい() Is your child attending nursery school/kindergarten?						
No / Yes (Nursery school / Kindergarten)			
ご家族 ※同居の方を含む Family (all who live in same household)	家族の氏名 Name of family members		続柄 Relationship	年齢等 Age /Date of birth	健康状態・治療中の病気 State of health	職業、学校、保育園、幼稚園等 Occupation, school, kindergarten, preschool, etc.
			父 Father	(y)/ (m)/ (d) yrs.old / / yrs.old	良・治療中() Good/Under treatment()	
			母 Mother	(y)/ (m)/ (d) yrs.old / / yrs.old	良・治療中() Good/Under treatment()	
				(y)/ (m)/ (d) yrs.old / / ▪	良・治療中() Good/Under treatment()	
				(y)/ (m)/ (d) yrs.old / / ▪	良・治療中() Good/Under treatment()	
				(y)/ (m)/ (d) yrs.old / / ▪	良・治療中() Good/Under treatment()	

これまで受けた予防接種

- ①BCG ②四種混合(1回・2回・3回・追加) ③MR(麻しん風しん混合) ④ヒブ ⑤小児用肺炎球菌
⑥水痘(1回・2回) ⑦B型肝炎(1回・2回・3回) ⑧その他【ロタ・おたふくかぜ・左記以外:()】

Immunization record

- ① BCG ② Diphtheria Pertussis Tetanus Polio Vaccine (DTP-IPV) (1st, 2nd, 3rd , Booster)
③ Measles/Rubella vaccine ④ Haemophilus Influenza typeB Vaccine (Hib) (1st, 2nd, 3rd , Booster)
⑤ Pediatric Pneumococcal Vaccine (1st, 2nd, 3rd , Booster) ⑥ Varicella (1st, 2nd)
⑦ Hepatitis B Vaccine (1st, 2nd, 3rd) ⑧ Rotavirus/Mumps/other()

今までかかった病気(治ったもの) なし・あり(病名: 医療機関名:)

Has your child had any medical problem? (Include illnesses that have been cured.)

No / Yes (Name of illness : Name of the hospital)

通院中の病気 なし・あり(病名: 医療機関名:)

Does your child attend a hospital due to illness?

No / Yes (Name of illness : Name of the hospital :)

ひきつけたこと なし・あり(回数: 回 ひきつけた時の発熱: あり・なし)

Has your child ever had a convulsive fit?

No / Yes (Number of times : _____ times, Accompanied by fever : Yes / No)

現在の状況はいかがですか

Please answer the present condition of your child.

- 1 ころばないでじょうずに歩けますか はい・いいえ
 1. Can your child walk well? Yes / No
- 2 ひとり歩きは何か月からですか (歳 か月)頃から
 2. When did your child begin walking by himself/herself? (At approximately years months old)
- 3 鉛筆などを持ってなぐり書きをしますか はい・いいえ
 3. Does your child scribble with a pen? Yes / No
- 4 別紙の聞こえの検査(ささやき声テスト)の結果を記入してください
 ①名前を呼んだとき 振り向いた・振り向かない・わからない
 ②「シー(小さな声や音)」に振り向きませんか 振り向いた・振り向かない・わからない
4. Please write down your child's reaction of the hearing ability test (whisper test) as shown on the attached paper.
 ①When you called his/her name, he/she (turned around / did not turn around / other()).
 ②When you said "Shhh" or any other soft voices or sounds, he/she (turned around / did not turn around / other()).
- 5 何か欲しいものがあるとき、指をさして要求しますか はい・いいえ
 5 Does your child point with his/her index finger to ask for something? Yes / No
- 6 何かに興味を持った時、指をさして伝えようとしていますか はい・いいえ
 6. Does your child point with his/her index finger to inform you something? Yes / No
- 7 言われた言葉をわかっていますか はい・いいえ・どちらでもない
 7. Does your child understand what you say? Yes / No / Not sure
- 8 「〇〇を持ってきて」などの簡単な言いつけにしたがいますか はい・いいえ・どちらでもない
 8. Does your child follow simple orders (such as "Bring ~.")? Yes / No / Not sure
- 9 「〇〇どれ?」とたずねた時に、絵本の絵を指さしますか はい・いいえ
 9. Does your child point at the images which you ask him/her in picture books (such as "Which is apple?")? Yes / No
- 10 マンマ・ブーブーなど意味のある片言をいくつ言えますか (個:たとえば)
 10. How many meaningful words does your child utter? (words, For example :)
- 11 親のすることをまねしますか(例 口をとがらせると顔まねをする) はい・いいえ
 11. Does your child imitate you? (e.g. mimic your facial expressions)? Yes / No
- 12 いつもと違うことがある時、親の顔を見ますか はい・いいえ・どちらでもない
 12. Does your child look at your face to confirm your reaction when faced with unusual situation? Yes / No / Not sure
- 13 他の子どもに興味がありますか はい・いいえ
 13. Does your child take an interest in other children? Yes / No
- 14 外出先で目をはなすといなくなったことがありますか いいえ・はい
 14. When you went out with your child, has your child ever gotten lost? No / Yes
- 15 次のことがらで、特に気になることがありますか(いくつでも) いいえ・はい
 ①視線が合いづらい ②少しもじっとしていない ③かんしゃくがひどい
 ④壁や床に頭をぶつける ⑤一人遊びになりやすい ⑥甘えてこない ⑦夜泣きがひどい
 ⑧寝つきが悪い ⑨おとなしすぎる ⑩音に敏感すぎる ⑪お母さんからなかなか離れられない
 ⑫こだわりが強い(例えば)
15. Do you have any concerns about your child? Circle all appropriate answers. No / Yes
 ①Doesn't have enough eye contact. ② Is restless. ③ Is short-tempered.
 ④Often bangs his/her head against walls or floors. ⑤ Likes to play alone.
 ⑥Does not demand enough attachment. ⑦ Cries hard at night.
 ⑧Does not fall asleep easily. ⑨Is too quiet. ⑩Is too sensitive to sound.
 ⑪Hardly leaves his/her mother's side. ⑫Has a strong preference for particular things.
 (For example :)
- 16 お子さんのからだや発達のことで心配がありますか () とくにない・ある
 16. Do you have any concerns about your child's health and development? No / Yes
 ()
- 17 食事は毎日3回食べていますか はい・いいえ
 17. Does your child have 3 meals a day? Yes / No

18 毎回の食事に、主食(ごはん・パン・麺等)、主菜(肉・魚・卵・大豆製品)、副菜(野菜が多い料理等)が揃っていますか
はい・ほぼ揃っている・いいえ

18. Are staple foods(rice, bread, noodles and others), main dishes(meat, fish, eggs and soybean products) and side dishes(dishes with vegetables etc.) served at each meal? Yes / Almost / No

19 おやつについて
1日()回 よく食べるおやつ()

19. Does your child eat snacks? Yes / No
() times /day : favorite snacks()

20 甘い飲み物(ジュース、乳酸飲料、スポーツドリンク等)を飲みますか
1日() 週()回
いいえ・はい

20. Does your child drink beverages(juice, lactic acid beverages, isotonic drinks and others)? No / Yes
mL/day or mL/week

21 現在、母乳を飲んでいますか
いいえ()か月まで)・はい(いつ飲んでいますか ①日中 ②寝る前 ③夜中)

21. Do you breast-feed your child now?
No (until _____ months old) / Yes (When? : ① Daytime ② Before bedtime ③ In the middle of the night)

22 現在、哺乳瓶を使用していますか
いいえ()か月まで)・はい(中身は何ですか 量は1日 ml)

22. Do you still bottle-feed your child now?
No (until _____ months old) / Yes (What are the contents? _____ : Amount : _____ mL/day)

23 お子さんの歯をみがいてあげていますか
はい・いいえ

23. Do you brush your child's teeth? Yes / No

24 今までに食物アレルギーの症状がでたことがありますか
①病院を受診した(原因食品は:) ②受診してない
いいえ・はい

24. Has your baby ever had symptoms of a food allergy? No / Yes
① Consultation result (Allergenic food : _____) ② No consultation received

25 お子さんと一緒に生活はいかがですか
①毎日が楽しい ②負担は増えたが育児は楽しい ③負担が増え疲れる
④よくイライラしている ⑤子どもをかわいいと思えず負担 ⑥自分の時間がなくなり苦痛
⑦その他()

25. How do you feel your life with baby?
① Enjoy every day. ② Enjoy raising my child, despite of more burdens and responsibilities.
③ Feel tired due to heavy burdens. ④ Feel irritated. ⑤ Can't feel my child lovely.
⑥ Distressed by a lack of my spare time ⑦ Other()

26 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?
①悩んでも何とか解決できる ②悩みはない ③悩みたくない ④育児に自信がもてずよく悩む
悩んでいることはどんなことですか?
①育て方がわからない ②きょうだいへの対応 ③子どもをもつ親同士の付き合い方
④育児方針の違い ⑤その他()

26. Do you have any worries or problems with childcare? Which one do you apply?
① Sometimes be worried, but can manage by myself. ② No worries ③ Do not want to worry
④ Often worried due to a lack of self confidence in childcare

What are you worried about? <----->
① Lack of knowledge about child care ② How to deal with his/her older siblings
③ How to communicate with other parents ④ Difference in parenting style in your family
⑤ Other()

27 育児について相談したり協力してくれる人はいますか
①配偶者 ②親 ③友人 ④親類 ⑤その他() ⑥誰もいない

27. Do you have anyone who helps raise your baby or with whom you can consult?
① Spouse ② Parent ③ Friend ④ Relative ⑤ Other() ⑥ None

28 今までにお子さんが事故にあったことがありますか
①転落 ②やけど ③誤飲(タバコ・薬・その他)
④その他()
病院を受診しましたか した・しない

28. Has your child had any accidents? No / Yes
① Fall ② Burn ③ Accidental ingestion(cigarettes, medicine, other)
④ Other()
Did you take your baby to the hospital? Yes / No

- 29 睡眠についてご記入ください
起床()時頃 屋寝()時~()時頃 就寝()時頃 ・決まっていない

29. Please answer about your child's sleep.

Wake-up (at approximately _____ o'clock)/ Irregular

Nap (from _____ o'clock to _____ o'clock)/ Irregular

Bedtime (at approximately _____ o'clock)/ Irregular

- 30 テレビ、ビデオをどのくらい見えていますか
①0~2時間以内 ②2~4時間 ③4時間以上 ④終日つけっぱなし ⑤見せていない

30. How long does your child watch TV or DVDs ?

- ①0~2 hours ② 2~4 hours ③ Over 4 hours ④ TV or DVDs is always on ⑤ TV or DVDs is never on

- 31 家族の方でタバコを吸う方はいますか
いいえ ・ はい (・父 本/日 ・母 本/日 ・その他の方(誰が) 本/日)

31. Does anyone in your family smoke?

No / Yes → (Father : _____ cigarettes/day Mother : _____ cigarettes/day

Other family member (Who is it? _____): _____ cigarettes/day

- 32 タバコを吸う方はどこで吸いますか
①室内では吸わない ②換気扇のそばで吸う ③お子さんのいない部屋で吸う ④お子さんと同じ部屋で吸う

32. Where does he/she smoke?

- ① Not in the house ② Near a fan ③ In a room without children ④ In a room with children

- 33 相談したいことや、現在ご家庭で困っていることがありましたら番号に○をつけ下の欄に内容をお書きください

- ①食事・栄養のこと ②お子さんのお口や歯のこと ③育児に対する協力が得にくい ④不安定な収入
⑤会話が少ない ⑥親族との付き合い方 ⑦その他

33. If you would like to consult anything or have something troubling you in your household, please circle the topic number you would like to consult and fill in the details below.

- ① Food and nutrition ② Child's mouth and teeth ③ Not enough help to raise your child
④ Unstable income of household ⑤ Few conversation in your family ⑥ How to get along with relatives
⑦ Other