

3歳児健診アンケート Health Check-up Questionnaire for Your Child at 3 Years 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	年 月 日生 (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 / / ▪	良・治療中() Good/Under treatment()	
		母 Mother	(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()	
			(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)
⑦日本脳炎 ⑧B型肝炎(1回・2回・3回) ⑨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 baby 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 baby 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 歩き方がおかしいという心配がありますか いいえ ・ はい
1. Does your child appear to walk in an abnormal way? No / Yes
- 2 つかまらないで片足立ち(1秒以上)できますか はい ・ いいえ
2. Does your child stand on one leg without support?(over one second) Yes / No
- 3 一人で手を使わずに階段を上げますか はい ・ いいえ
3. Does your child easily go up the stairs without using his/her hands? Yes / No
- 4 まねをしてマルが書けますか はい ・ いいえ
4. Does your child easily draw circles by following an example? Yes / No
- 5 「○○ちゃん ごはん たべた」など 3つ位の言葉をつなげた文を話しますか はい ・ いいえ
2つの言葉をつなげた文のみ ・ 単語だけ
5. Does your child say sentences of three or more words, such as "Give me an apple"? Yes / No
- Sentences with only two words / Only words
- 6 名前と年齢を聞かれて答えますか はい ・ いいえ
6. Does your child answer when asked his/her name or age? Yes / No
- 7 「これなあに」などと言って聞きますか はい ・ いいえ
7. Does your child ask questions, such as "What is this?" Yes / No
- 8 お子さんが何を言っているのか、家族以外の方に通じますか はい ・ どちらでもない ・ いいえ
8. Can anyone understand what your child says? Yes / Neither yes nor no / No
- 9 声をかけても振り向かず、周囲に関心がないようですか いいえ ・ はい
9. Does your child have little interest in other matters and fail to respond when he/she is told something? No / Yes
- 10 次のことがらであてはまることがありますか(いくつでも) いいえ ・ はい
- ①人見知りが強い ②よく迷子になる ③偏食がひどい ④かんしゃくがひどい
⑤視線が合いづらい ⑥こだわりが強い ⑦甘えてこない ⑧少しもじっとしていない
⑨壁や床に頭を打ちつける ⑩一人遊びが多い ⑪オウム返しが多い(親の言葉をくり返して言う)
⑫同じ動作を繰り返す癖(グルグル回る、手をヒラヒラさせる等)がある
10. Do you have any concerns about your child? Circle all appropriate answers. No / Yes
- ① Has strong fear of strangers. ② Often gets lost. ③ Has unbalanced diet. ④ Is short-tempered.
⑤ Doesn't have enough eye contact. ⑥ Has a strong preference for particular things.
⑦ Does not demand enough attachment. ⑧ Is restless.
⑨ Often bangs his/her head against walls or floors. ⑩ Likes to play alone.
⑪ Often repeat words (echo parents' words).
⑫ Tends to repeat the same movement (spinning round, waving hands and others).
- 11 友達と遊びたがりますか はい ・ いいえ
11. Does your child want to play with his/her friends? Yes / No
- 12 大人や友達を相手にごっこ遊び(ままごと、かいじゅうごっこなど)を楽しみますか はい ・ いいえ
12. Does your child play make-believe games (playing house, playing monster, etc.) with adults or friends? Yes / No
- 13 うれしい時に家族に教えようとしませんか(物を見せに持ってくるなど) はい ・ いいえ
13. Does your child come and tell your family members when he/she is glad?
(i.e. He/She brings something to show you etc.) Yes / No
- 14 別紙の視力検査の結果を書いてください
(1) 検査ができました(見えたものに○、見えなかったものに×をつけてください)
(2) 検査ができませんでした(理由:)
14. Please write down eyesight test results of the attached paper.

(1) My child was able to take the eyesight test.

(Please indicate the shapes that your child could see with ○ and × for those your child could not see.)

R				

L				

(2) The test was failed. (Reason :)

15 次のようなことはありますか

- (1) テレビや物を見るとき、以下のようなことはありますか
 - ①顔をしかめたり、目を細めて見る ②頭や顔を傾けたり、横目で見ると
 - (2) 目が寄る、極端にまぶしがる、片目をつぶることなどがありますか
 - (3) じっと見ているとき、目がゆれていますか
 - (4) 瞳(黒目の中央)が白っぽく見えることがありますか

いいえ・はい
 ←
 いいえ・はい
 いいえ・はい
 いいえ・はい

15. Are there any things that can be identified in your child?

(1) Are there any things that can be noticed when your child watches TV or something?

① Does your child frown or squint?

No / Yes

② Does your child tilt his/her head/face or look something from the corner of his/her eyes?

(2) Does your child appear to be cross eyed, and closes one of his/her eyes?

Or is he/she extremely easily dazzled?

No / Yes

(3) Do your child's eyes swing when he/she stares?

No / Yes

(4) Do your child's pupils (the center of the iris) sometimes look whitish?

No / Yes

16 お子さんのからだや発達のことでは心配がありますか

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3回食べていますか

はい・いいえ

17. Does your child have three 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?

Number of times per day _____ ; Snacks that he/she eats often ()

20 お子さんは、甘い飲み物(ジュースや乳酸飲料・スポーツドリンクなど)を週4回以上飲みますか

いいえ・はい

20. Does your child drink beverages (juice, lactic acid beverages, isotonic drinks and others) more than four times per week?

No / Yes

21 お子さんは歯科医院に行ったことがありますか

いいえ・はい(①治療 ②フッ化物塗布 ③定期健診)

21. Has your child ever gone to a dentist?

No / Yes (①Treatment ② Topical application of fluoride ③ Regular check-up)

22 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負担はあるが育児は楽しい ③負担があり疲れる 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()

22. How do you feel your life with baby?

- ① Enjoy every day ② Enjoy raising my child, despite the increase in 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()

23 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()

23. Do you have any worries or problems with child care?

- 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 child care

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()

24 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その他() ⑤ いない

24. Do you have anyone who helps raise your child or with whom you can consult?

① Spouse ② Parent ③ Friend ④ Other() ⑤ None

25 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

いいえ・はい

した・しない

25. Has your child had any accidents?

① Fall ② Burn ③ Accidental ingestion(cigarettes, medicine, other
④ Other ()

No / Yes

Did you take your baby to the hospital?

Yes / No

26 睡眠についてご記入ください

起床()時頃 昼寝()時~()時頃 就寝()時頃・決まっていない

26. 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

27 排尿・排便について心配がありますか

いいえ・はい()

27. Do you have any concerns about your child's toilet-training?

No / Yes ()

28 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

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

①0~2 hours ②2~4 hours ③ Over 4 hours ④ TV or DVDs is always on ⑤ TV or DVDs is never on

29 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)

29. Does anyone in your family smoke?

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

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

30 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

30. Where do they smoke?

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

31 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

31. 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

Large empty rounded rectangular box for writing details.