

1歳6か月児健診アンケート  
Health/Development Questionnaire for Your 18 Month Old Child

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 back of the form as well.

このアンケートに記入された方はどなたですか <b>Who is completing this questionnaire?</b>		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 <b>Who is attending the checkup with the child?</b>		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 <b>Name of the child</b>	family name	given name	住所 <b>Address</b>		
国籍 <b>Nationality</b>			電話 <b>Telephone</b>	( mobile / home )	
生年月日 <b>Date of birth</b>	年 月 日生 ( Year / Month / Day )	男・女 Male / Female	(第 子) Your 1st, 2nd, 3rd, or _____ th c	メール <b>E-mail</b>	
お子さんは保育園・幼稚園に通っていますか <b>Is your child attending daycare?</b>					
No / Yes (Name of the facility: )					
ご家族 ※同居の方を含む <b>Family</b> (People who reside with the child)	家族の氏名 <b>Name of family members</b>	続柄 <b>Relationship</b>	年 齢 等 <b>Date of birth / Age</b>	健康状態・治療中の病気 <b>Condition of health</b>	職業、学校、保育園、幼稚園等 Occupation, school, kindergarten, daycare, etc.
		父 <b>Father</b>	(Year/Month/Day)・ Age / / ▪	良・治療中( ) Healthy/Receiving treatment for( )	
		母 <b>Mother</b>	(Year/Month/Day)・ Age / / ▪	良・治療中( ) Healthy/Receiving treatment for( )	
			(Year/Month/Day)・ Age / / ▪	良・治療中( ) Healthy/Receiving treatment for( )	
			(Year/Month/Day)・ Age / / ▪	良・治療中( ) Healthy/Receiving treatment for( )	
			(Year/Month/Day)・ Age / / ▪	良・治療中( ) Healthy/Receiving treatment for( )	

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 ( Circle the vaccinations your child has received. )

- ① BCG ② Diphtheria/Whooping cough/Tetanus/Polio vaccine (DTP-IPV) ( 1st, 2nd, 3rd , Booster )  
③ Measles/Rubella vaccine ④ Haemophilus influenzae type B vaccine (Hib) ( 1st, 2nd, 3rd , Booster )  
⑤ Pediatric pneumococcal vaccine ( 1st, 2nd, 3rd , Booster ) ⑥ Chickenpox ( 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 problems? ( Include illnesses that have been cured. )

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

通院中の病気 なし・あり(病名: 医療機関名: )

Is your child currently receiving medical treatment?

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

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 seizure?

No / Yes (Number of times : time(s) Accompanied by fever: Yes / No )

現在の状況はいかがですか

Please answer the following questions about your child's development.

- 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 year 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, crayon, or other writing utensils? 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 describe your child's reaction to the hearing ability test (whisper test) as shown on the attached paper.  
 ① When you call his/her name, he/she ( turns around / does not turn around / other [ ] ).  
 ② When you say "Shhh" or make any other quiet sounds or noises, he/she ( turns around / does 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 using 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するか はい・いいえ  
 6. Does your child point using his/her index finger to inform you of 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 "Give it to me.")? 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 correct pictures when you ask him/her to point at them in books? Yes / No  
 ( e.g. "Where is the dog?" )
- 10 マンマ・プ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 words does your child use regularly?  
 \_\_\_\_\_ words (List the words: \_\_\_\_\_ )
- 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 an 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. Has your child ever gotten lost in public? 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 that are appropriate. No / Yes  
 ① Does not make enough eye contact. ② Is hyperactive. ③ Is short-tempered.  
 ④ Often bangs his/her head against walls or floors. ⑤ Likes to play alone.  
 ⑥ Does not come to you for comfort or attention. ⑦ Cries uncontrollably at night.  
 ⑧ Does not fall asleep easily. ⑨ Is very quiet. ⑩ Is very sensitive to sound.  
 ⑪ Rarely leaves his/her mother's side. ⑫ Has a strong attachment to particular things.  
 (For example : \_\_\_\_\_ )

- 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 食事は毎日3回食べていますか はい ・ いいえ  
 17. Does your child eat 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. Do you serve your child balanced meals (i.e. mixture of carbs, protein, and fruits and vegetables) at every 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  
 ( ) time(s) / 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 sweet beverages (juice, yogurt drink, sports drink or 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(いつ飲んでますか ①日中 ②寝る前 ③夜中)  
 21. Do you currently breast-feed your child?  
 No (until \_\_\_\_\_ months old) / Yes (When? : ① Daytime ② Before bedtime ③ After bedtime)
- 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?  
 No (until \_\_\_\_\_ months old) / Yes (What are the contents? \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 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 child ever had symptoms of a food allergy? No / Yes  
 Did he/she consult a doctor? ① Yes : List known food allergies : ( \_\_\_\_\_ ) ② No
- 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 about being a mother/parent?  
 ① I enjoy every day. ② I enjoy raising my child, despite the additional burdens and responsibilities.  
 ③ I feel tired often. ④ I feel irritated. ⑤ I do not feel a connection with my child.  
 ⑥ I feel stressed by a lack of free 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 child-rearing? Which of the following apply to you?  
 ① Sometimes I worry, but I can manage by myself. ② No concerns. ③ I try not to worry.  
 ④ Often worried due to a lack of self-confidence in child-rearing.  
 What are you worried about? \_\_\_\_\_  
 ① Lack of knowledge about child care and child-rearing ② How to deal with his/her other siblings  
 ③ How to communicate with other parents ④ Difference in parenting styles 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 child or with whom you can consult?

Yes : ① Spouse ② Parent ③ Friend ④ Relative ⑤ Other( ) / ⑥ No

- 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?

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

Did you take your child to a hospital/clinic? Yes / No

- 29 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

29. Please tell us about your child's sleep schedule.

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 other devices?

①~2 hours ②2~4 hours ③over 4 hours ④TV (or other devices) is always on ⑤TV (or other devices) 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( ): \_\_\_\_\_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 an air vent 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 with us about anything or have something troubling you at home, please circle the topic you would like to discuss and describe the details below.

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

[ ]