

3歳児健診アンケート Health/Development Questionnaire for Your 3 Year 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 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 attending the checkup with the child?		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 the child	family name given name	住所 Address			
国籍 Nationality		電話 Telephone	(mobile / home)		
生年月日 Date of birth	年 月 日生 (Year / Month / Day)	男・女 Male / Female	(第 子) our 1st, 2nd, 3rd, or ___th child	メール E-mail	
お子さんは保育園・幼稚園に通っていますか Is your child attending daycare/kindergarten?		いいえ・はい (保育園・幼稚園) No / Yes (Name of the facility:)			
ご家族 ※同居の方を含む Family (People who reside with the child)	家族の氏名 Name of family members	続柄 Relationship	年齢等 Date of birth / Age	健康状態・治療中の病気 Condition of health	職業、学校、保育園、幼稚園等 Occupation, school, kindergarten, daycare, etc.
		父 Father	(Year/Month/Day) ・ Age / / ▪	良・治療中 () Healthy/Receiving treatment for()	
		母 Mother	(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)
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 (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 Japanese encephalitis ⑧ Hepatitis B vaccine (1st, 2nd, 3rd) ⑨ 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 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. Do you think your child may have walking abnormalities? No / Yes
- 2 つかまらなで片足立ち(1秒以上)できますか はい・いいえ
 2. Can your child stand on one leg without support?(for 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. Can your child 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. Can your child imitate you drawing a circle? 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
 Two-word sentences only / Single word only
- 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 you questions, such as "What's 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. Do people other than your family understand what your child says? Yes / Not sure / 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 seem to have little interest in things around him/her and fail to respond when you talk to him/her? 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 that are appropriate. No / Yes
 ① Has a strong fear of strangers. ② Often gets lost. ③ Is a picky eater. ④ Is short-tempered.
 ⑤ Does not make enough eye contact. ⑥ Has a strong attachment to particular things.
 ⑦ Does not come to you for comfort or attention. ⑧ Is hyperactive.
 ⑨ Often bangs his/her head against walls or floors. ⑩ Likes to play alone.
 ⑪ Often repeats what you say.
 ⑫ Tends to do the same thing over and over again (spinning around in circles, flapping hands, etc.).

- 11 友達と遊びたがりますか はい・いいえ
 11. Does your child like to play with 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 enjoy pretending (playing house, pretending to be monsters, etc.) with adults or friends? Yes / No
- 13 うれしい時に家族に教えようとしていますか(物を見せに持ってくるなど) はい・いいえ
 13. Does your child come to you and show you things that he/she thinks are interesting? 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 the eyesight test results referring to the attached paper.
 (1) My child was able to take the eyesight test.
 (Please indicate the pictures that your child could see with ○, and × for those your child could not see.)



(2) Tried to conduct the eyesight test on my child, but failed. (Why?:)

- 15 次のようなことはありますか いいえ・はい
 (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 いいえ・はい
 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
 (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 いいえ・はい
 (3) じっと見ているとき、目がゆれていますか いいえ・はい
 (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

15. Have you ever noticed any of the following?
 (1) When watching TV or other things,

① he/she frowns or squints.

No / Yes

② he/she tilts his/her head, or tries to watch out of the corner of his/her eyes.

No / Yes

(2) Signs of crossed eyes, extreme sensitivity to light or glare, or one of his/her eyes is often closed.

No / Yes

(3) Involuntary movement of the eyes when staring at something

No / Yes

(4) One or both pupils have a white appearance

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 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?

() time(s) per day : favorite snacks()

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 sweet beverages (juice, yogurt drink, sports drink, or others) more than four times a 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 visited the dentist?

No / Yes---->The visit was for (① treatment ② application of fluoride ③ regular checkup)

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 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()

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-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()

24 育児について相談したり協力してくれる人はいいますか

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?

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

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

した・しない

いいえ・はい

25. Has your child had any accidents?

No / Yes

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

④ Other()

Did you take your child to a hospital/clinic?

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 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

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 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

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(_____) : _____ 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 an air vent 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 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

()