


乳幼児健康診断問診票(66～71ヶ月用)

受検者氏名		住民登録番号		保護者連絡先	
保護者氏名		受検者との関係		E-mail(メール)アドレス	

乳幼児健康診断は乳幼児の正常な成長と発達を確認するためのもので、特定の疾患を発見するためのものではありません。
その点をご理解いただけましたでしょうか。


はい ☐ いいえ ☐

1. お子様の生年月日: 年 月 日		2. 出生時の体重: ■■■ kg (小数点以下1桁まで)							
3. 今までに受けた予防接種の欄にそれぞれ回数を記入してください。									
	BCG	B型肝炎	DPT	小児麻痺 (ポリオ)	肺炎球菌	ヘモフィルス インフルエンザ菌b型(Hib)	麻疹 流行性耳下腺炎 風疹	水痘	日本脳炎
受けた回数									
4. 発達問題で診断を受けたことや治療中の疾患はありますか。									
① はい ② いいえ はいと答えた場合は具体的な診断名: _____									

 視覚


はい① いいえ②

1	瞳の位置が不自然ですか。	① ②
2	正面(前)にある事物を見るときにいつも顔を横に向けて横目で見たり、首を傾けて見たりするほうですか。	① ②
3	本/テレビ/物などに目を近づけすぎたり目を細めて見たりしますか。	① ②
4	お子様の片目を覆って物を見せたとき、両目の視力に差があると感じますか。	① ②

 聴覚


はい① いいえ②

1	ほとんどの母音と子音を正しく発音できますか。	① ②
2	小さな声で話す言葉をよく理解できますか。	① ②
3	他の人と難なく言葉で対話できますか。	① ②
4	大人の話す言葉を正確に真似して言えますか。	① ②
5	ご両親または親戚の中に幼少期から聴覚障害を持つ人がいますか。	① ②

 乳幼児事故予防関連


はい① いいえ②

1	自転車に乗ったりインラインスケートをするたびにヘルメットとプロテクターを着用していますか。	① ②
2	一人で道を渡って出かけたことがありますか。	① ②
3	お子様を乗用車に乗せるとき、補助椅子に座らせてシートベルトを締めていますか。(乗用車がない場合は③)	① ③ ②
4	火災時の通報番号を知っていますか。	① ②
5	遊び場でお子様を一人で遊ばせておいて他のことをしたりしますか。	① ②

 就学前の準備

はい① いいえ②

1	行動の善悪を自分で判断できますか。	① ②
2	したいことや食べたいもの、ほしいものを我慢して待てますか。	① ②
3	他の子どもたちと仲良く遊びますか。(例:お友達と遊びながら譲ったりできますか。)	① ②
4	保育園や幼稚園の授業時間中にじっと座っていられますか。	① ②
5	大人の指示に従い、親や先生が決めたルールを守れますか。	① ②
6	幼稚園や保育園に行くとき、なかなか保護者と離れようとしませんか。	① ②
7	用を足した後に自分で処理できますか。	① ②
8	助けが必要なとき、他の人に助けを求められますか。	① ②
9	起床・就寝時間は規則的ですか。	① ②

 栄養関連

1	朝食は必ず食べるほうですか。 ① 必ず食べる ② たいてい食べる ③ 食べないことが多い	① ② ③
2	家族と一緒に夕食を食べるのは週に何回ですか。 ① 1～2回 ② 3～4回 ③ 5回以上	① ② ③
3	カルシウムが含まれる乳製品(牛乳、プレーンヨーグルト、チーズなどを含む)はよく食べますか。 ① はい ② いいえ	① ②
4	おやつは主にいつ食べますか。 ① おやつは食べない ② 食事と食事の間 ③ 寝る前か夜遅い時間 ④ 時間は決まっていない	① ② ③ ④
5	おやつは主にどんなものを食べますか。(該当するものすべてにチェック) ① 糖分の入った飲料 (例:果物ジュース、炭酸飲料、スポーツ飲料など) ② 脂っこいものや甘いもの、塩辛いもの (例:ファーストフード、インスタント食品など) ③ どれも当てはまらない	① ② ③
6	汗が出るくらいの身体活動(遊びや運動など)を一日に1時間以上しますか。 ① はい ② いいえ	① ②

※ 決められた回数を超過して検診を受ける場合、その検診費用は不当利得金として回収されます。