✂ 切り取り

福島市１歳６か月児健康診査票

※切り離して太線内をご記入下さい。　受診年月日　令和　　年　　月　　日

ふりがな 児氏名	男 ・ 女	生年月日 令和　　年　　月　　日生	第　　子
住　所 福島市	父の氏名（　　）職業（　　） 母の氏名（　　）職業（　　） TEL　－　－　（　年　月　より転入）		
日中の保育者　母・父・祖父母・その他（　　） （　　）保育所・認定こども園	家族構成　父・母・祖父・祖母・その他（　　） 兄姉（　歳　歳　歳）・弟妹（　か月）		

月齢	在胎週数	出生体重
1　歳　か月	週　日	g

一般状態

1．今まで病気やケガをしたことがありますか　いいえ・はい（　　）
2．今、治療している病気やケガがありますか　いいえ・はい（　　）
3．かかりつけ医はお持ちですか　はい・いいえ
4．前回の健診で何か助言を受けましたか　いいえ・はい（　　）
5．視力や目の動きで気になることはありますか　いいえ・はい（　　）
6．聞こえで心配なことはありますか　いいえ・はい（　　）
7．ひきつけをおこしたことがありますか　いいえ・はい（　回　熱あり・なし）

発達状況

8．ひとりで上手に歩きますか（歩行開始　歳　か月）　はい・いいえ　（歩行未　・ころびやすい・走れない）
9．手を引かれて階段をのぼりますか　はい・いいえ
10．積み木をつんだり、小さいものをつまめますか　はい・いいえ　□つみき（　コ）
11．えんぴつなどを持ってなぐり書きをしますか　はい・いいえ
12．大人が一緒に遊ぶと喜びますか　はい・いいえ
13．同年代の子どもに関心を示しますか　はい・いいえ
14．名前を呼ぶとふりむきますか　はい・いいえ
15．大人のすることをまねしますか　はい・いいえ
16．絵本や体の部位を聞かれたときに指さしますか　はい・いいえ　□理解
17．「○○持ってきて」などの簡単なことばの指示で行動できますか　はい・いいえ　□命令行動
18．ママ・パパなど意味のあることばを話せますか　はい・いいえ　□絵カード（　／4）
　最近のことばをそのまま書いてください（　　）
19．おもちゃの目的にあった遊び方ができますか　はい・いいえ
20．いつも動き回っていると感じますか　いいえ・はい
21．視線は合いますか　はい・いいえ
22．自分が気になったものを大人に知らせ、大人に見ることを求めますか　はい・いいえ　□共同注視
　少し離れた場所でも、大人が指さすと一緒になって見ますか　はい・いいえ
23．お子さんの気になる行動はありますか　いいえ・はい（　　）

生活習慣

24．寝る時間、起きる時間、昼寝の時間は決まっていますか　はい・いいえ
・睡眠時間帯を斜線　食事◎、おやつ▲で記入してください
0　6　12　18　24
25．夜泣きをしないで、朝まで眠りつづけますか　はい・いいえ
26．自分でコップを持って水などを飲めますか　はい・いいえ
27．スプーンやフォークを持って自分で食べようとしますか　はい・いいえ
28．食事　おかゆ・軟食・普通食（1日　回×子ども茶碗　杯）
おかず（卵・魚・肉・豆腐・チーズ・野菜）　牛乳（　mℓ／日）
29．食事で困ることはありますか　いいえ・はい
30．おやつの時間を決めていますか　はい・いいえ
おやつの回数　1日に　0・1・2・3回以上
おやつに与えている主な食べ物（　　）主な飲み物（　　）
31．よく飲む飲み物は何ですか（　　）
32．母乳を飲んでいますか　いいえ・はい
33．哺乳瓶を使っていますか　いいえ・はい・何を飲みますか（　　）
34．スマートフォン、タブレット、テレビなどをお子さんに見せていますか
全く見せていない・見せている（　回／週　分／日）：特に何を見せていますか（スマートフォン・タブレット・テレビ）
35．夜9時以降にお子さんを連れて外出することはありますか　ない・ある（　回／週）

1．毎日甘食べ
2．毎日甘飲み
3．夜間授乳
4．おやつ3回以上

育児環境

36．ご家庭で事故防止対策をとっていますか　はい・いいえ
37．お母さんは気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありますか　いいえ・はい
38．お母さんはどうしても物事に対し興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありますか　いいえ・はい
39．お父さんは気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありますか　いいえ・はい
40．お父さんはどうしても物事に対し興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありますか　いいえ・はい
41．お母さん、お父さんで育児や家事を協力して行っていますか　はい・いいえ
42．悩んでいるとき相談できる人はいますか　（配偶者・親・友人・近所の人・その他）・誰もいない
43．必要な時に育児や家事を協力してくれる人はいますか
（配偶者・親・友人・近所の人・その他）・誰もいない
44．ゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか　はい・いいえ・何ともいえない
45．子育てに自信が持てないことがありますか　いいえ・何ともいえない・はい
46．よくイライラしていますか　いいえ・はい
（どんなときですか、何が一番大変ですか　　）

口腔衛生

47．指しゃぶりはしますか　いいえ・はい
48．おしゃぶりは使っていますか　いいえ・はい
49．親が歯をみがいてあげますか　(1)毎日する　(2)時々する　(3)しない
(1)(2)の人はいつですか　（食事前、食事後、寝る前、その他）
(3)の人はなぜですか　・歯みがきをするにはまだ早い　・子どもがいやがる　・忙しくてみがいてやれない　・その他（　　）
50．子どもは自分で歯みがきをしますか　(1)1日　回　(2)時々する　(3)しない

予防接種

受けたものすべてに○

ヒ　ブ	未・1・2・3・追加	小児用肺炎球菌	未・1・2・3・追加
B 型 肝 炎	未・1・2・3	ロタウイルス	未・1・2・3
4 種 混 合	未・1・2・3・追加	B　C　G	未・済
麻しん・風しん混合	未・済	水　痘	未・1・2
おたふくかぜ	未・済		

相談

何か相談したいことや心配なことはありますか　ない・ある
（　　）

問診保健師

計測

体重	身長	頭囲
97P↑ N ．kg 3P↓	97P↑ N ．cm 3P↓	97P↑ N ．cm 3P↓

一般診査所見

発　育	異常なし・あり	（低身長・肥満・やせ・貧血・他　）
発達・神経	異常なし・あり	（精神・運動・行動〈　〉・けいれん・他　）
皮　膚	異常なし・あり	（湿疹・皮膚炎・アトピー・血管腫・母斑・出血斑・他　）
頭 頸 部	異常なし・あり	（翼状頸・リンパ節腫脹・大頭・小頭・変形・斜頸・他　）
胸　部	異常なし・あり	（心雑音・不整脈・ロート胸・他　）
腹　部	異常なし・あり	（肝・脾腫・そけいヘルニア・臍ヘルニア・他　）
泌 尿 器	異常なし・あり	（停留睾丸・陰のう水腫・精索水腫・包茎・尿道下裂・他　）
四　肢	異常なし・あり	（内外反足・指趾奇形・バネ指・O脚・X脚・他　）
眼	異常なし・あり	（斜視・眼瞼下垂・視覚異常・眼振・他　）
耳鼻咽喉	異常なし・あり	（口蓋裂・扁桃肥大・聴覚異常・耳介変形・外耳ろう孔・他　）
そ の 他	異常なし・あり	（生活習慣・養育環境・他　）

指示事項
1．異常なし
2．既 医 療
3．要経過観察
4．要 紹 介（要精検）
5．要 紹 介（要治療）
診察医師（　　）

歯科所見

1．歯の状態

右	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左

むし歯罹患型　O_1・O_2・A・B・C

むし歯総数　本
要観察歯（CO）　本
処置歯（0）　本

2．咬合異常
無・有
↓
反対咬合・上顎前突
過蓋咬合・開咬
叢生・正中離開
その他（　　）

3．軟組織異常
無・有
（　　）

4．その他
無・有
（　　）

5．歯の清掃
きれい
ふつう
汚　い

指示事項
1．問題なし
2．要 指 導
3．要経過観察
4．要 治 療
診察歯科医師（　　）

指導内容

1．発　育　6．予防接種
2．発　達　7．歯 磨 き
3．排　泄　8．疾　病
4．事故防止　9．そ の 他
5．幼児食・おやつ
（歯科衛生士　　）
（栄養士　　）
（保健師　　）

事後内容

1．不　要
2．要（理由：　　）
1)電話確認（　月）
2)訪　問（　月）
(Tel：　時頃)
3)精検・紹介
歯・その他（　　）
4) 3歳児健診確認
5)そ の 他

起　床		
就　寝		
3．う　歯		本
4．おやつ	1．規　則	3．甘　－
		4．甘　＋
	2．不規則	3．甘　－
		4．甘　＋
甘　飲		仕上げ磨き
5．－		5．＋
6．＋		6．－
9．おやつの回数		1．3回未満
		2．3回以上
10．CO		本