

3歳児健康診査票

太枠内をご記入下さい

受診月日 年 月 日

フリガナ 児氏名	男	第	生年月日	年 齢
	女	子	. . 生	歳 か月
住所 福島市	在胎週数		週	出生体重
	父の氏名 ()		職業 ()	
日中の保育者・母・父・祖父母・その他 ()		TEL - - (年 月 月)		より転入)
() 保育所・幼稚園・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 (歳 歳 歳)		

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 ()	<input type="checkbox"/> 丸 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> やりとり ・色(赤・青・緑)
	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. かかりつけの歯科医院はありますか	はい(むし歯・フッ素・その他) ・ 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. ひきつけたことがありますか	いいえ ・ はい (回 熱あり・なし)		
発達状況	6. 手を使わずに交互に足を出して階段を4、5段登れますか	はい ・ いいえ	<input type="checkbox"/> 丸 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> やりとり ・色(赤・青・緑)
	7. お手本を見て丸が描けますか。	はい ・ いいえ	
	8. ハサミを使えますか	はい ・ いいえ ・ させたことがない	
	9. ボタンをかけられますか	はい ・ いいえ ・ させたことがない	
	10. 自分の名前(姓名)が言えますか	はい ・ いいえ (名前だけ言える・愛称だけ言える)	
	11. 話し方や発音に気になることがありますか	いいえ・はい(発音がはっきりしない・どもる・その他:	
	12. 3つ以上のことばをつなげてよく話しますか	はい ・ いいえ (単語が中心・2つのことばをつなげる)	
	13. 会話でのやりとりはできますか	はい ・ いいえ [オウム返しになる ・いつも一方的に話す ちぐはぐな答えになることが多い・ひとり言が多い]	
	14. 視線を合わせて話ができますか	はい ・ いいえ	
	15. 赤・青・黄・緑などの色がわかりますか	はい ・ いいえ	
16. 同年代の子供とままごとやヒーローごっこなどで役割をもった遊びができますか	はい ・ いいえ		
17. ひどく落ち着かず注意が集中できなくて困ることがありますか	いいえ ・ はい		
18. 気になる行動や対応に困るこだわりがありますか	いいえ ・ はい [※どのような時かも記入してください]		
19. ひどい不安を示したり、恐れたりすることはありますか	いいえ ・ はい(どのようなとき:)		
20. 気をとられると周囲の呼びかけに反応しない、他の人が目に入らないことはありますか	いいえ ・ はい		
生活習慣	21. 衣服の着脱などなんでもひとりでやりますか	はい ・ いいえ	0 3 6 9 12 15 18 21 24
	22. 日中の排泄は自立しましたか	はい ・ いいえ (おむつがとれない・大便が教えられない・その他:)	
	23. 自分で歯みがきをしていますか	はい (1日 回) ・時々 ・ いいえ	
	24. 大人が仕上げみがきをしていますか	はい ・時々 ・ いいえ	
	25. 1日の生活リズムについて記入してください (睡眠時間帯を斜線、食事を◎、おやつを△で記入)		
	26. 睡眠で困ることはありますか	いいえ ・ はい (夜泣き・寝つきが悪い・その他:	
	27. 食事で困ることはありますか	いいえ ・ はい [一人で食べられない ・ むらがある ・ 少食 時間がかかる ・ 食べすぎ ・ 噛まないで食べる 母乳を飲んでいる ・ 哺乳ビンを使っている その他 ()]	
	28. おやつ時間を決めていますか	はい ・ いいえ	
	おやつ回数	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 ()	
29. よく飲む飲み物は何ですか。 ()			
30. 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)		
集団での様子	31. 保育所や幼稚園での集団の様子をご記入ください (例) 得意なところや苦手なところなど (通園されていない場合は子育て支援センターや遊び場での様子)		

(診察医師

) (診察歯科医師

)

育児環境	32. ご家庭で事故防止対策をとっていますか	はい・いいえ
	33. 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	はい・いいえ
	34. お母さんはどうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありますか	はい・いいえ
	35. 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	はい・いいえ
	36. お父さんはどうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありますか	はい・いいえ
予防接種	37. お母さん、お父さんで家事や育児を協力して行っていますか	はい・いいえ
	38. 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
	39. 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
	40. ゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間はありますか	はい・何ともいえない・いいえ
	41. 子育てに自信が持てないことがありますか	はい・何ともいえない・いいえ
	42. 受けた予防接種に○をつけてください	
	Hib(初回 回・追加) 小児肺炎球菌(初回 回・追加) B型肝炎(回)	
四種混合(第1期初回 回・第1期追加) BCG 麻疹・風疹混合1期		
水痘(未・1回目・2回目) 日本脳炎(第1期初回 回・第1期追加)		
その他()		
視覚	43. 視力検査はできましたか	いいえ ・ はい
	44. 目に関するアンケート 該当する番号に○をつけて下さい。	両目 見えた・見えない
	1) 目つきや目の動きがおかしいですか	右目 見えた・見えない
	2) まぶしがりますか	左目 見えた・見えない
	3) 目を細めて見ますか	会場にて検査 両目 見えた・見えない
	4) 物に近付いて見ますか	右目 見えた・見えない
	5) 頭を傾けたり、横目で見たりしますか	左目 見えた・見えない
	6) 明るい戸外で片目をつぶりますか	屈折検査 済・未
	7) 目が揺れていますか	判定
	8) まぶたがさがっていますか	1. 異常なし
	9) 黒目の大きさが左右で違いますか	2. 既医療
	10) 瞳孔(黒目の中央)が白っぽく見えることがありますか	3. 要精密検査
11) 近くのものを見るときに、目が内側に寄ることがありますか		
12) 親、兄弟姉妹に弱視、斜視、生まれつきの目の病気の人がいますか		
聴覚	45. 聴力検査ができましたか	はい・いいえ
	46. 指こすりテスト 左(聞こえた・聞こえない) 右(聞こえた・聞こえない)	判定
	47. ささやき声検査 わかったカードすべてに○をつけて下さい。	1. 異常なし
	いぬ くつ かさ ぞう ねこ いす	2. 既医療
相談	48. 耳に関わるアンケート 該当する番号に○をつけて下さい。	3. 要経過観察 (月後)
	1) 家族、親戚の方に、小さいときから耳の聞こえのわるい方がいますか。	4. 要精密検査
	2) 中耳炎に数回かかったことがありますか。(回)	
	3) 普段鼻づまり、鼻水が多い、口で息をしている、のどれかがありますか。	
	4) 呼んで返事をしなかったり、聞き返したり、テレビの音を大きくするなど、聞こえがわるいと思うときがありますか。	
	5) 保育所の保育士など、お子さんに接する人から、聞こえがわるいと言われることがありますか。	
6) 話しことばについて、遅れている、発音がおかしいなど、気になることがありますか。		
7) あなたの言うことばの意味が動作などを加えないと伝わらないことがありますか。		
49. 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

*この枠内に記入しないで下さい

起床		
就寝		
3. う歯	本	
4. おやつ	1. 規則	3. 甘-
	2. 不規則	4. 甘+
甘飲	子磨き	仕上げ磨き
7. -	3. +	5. +
8. +	4. -	6. -
9. おやつ回数		1. 3回未満
		2. 3回以上
10. 要観察歯	CO	本

(歳 か月) 男 ・ 女

ひらがな
(名前)

計測	体重	kg	身長	cm	尿検査	蛋白	未	-	±	+
	97p	N	3p	97p		N	3p	糖	未	-

一般 診 査 所 見	発育	異常なし・あり (低身長・肥満・やせ・貧血・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)
	発達・神経	異常なし・あり (精神・運動・行動・言語 () ・けいれん・他)		
	皮膚	異常なし・あり (湿疹・皮膚炎・血管腫・母斑・出血斑・アトピー・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・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・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 (側彎症・内外反足・O脚・X脚・バネ指・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 (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)			

歯 科 所 見	右	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>											E	D	C	B	A	A	B	C	D	E											左	う歯総数	本	不正咬合 なし・あり a 反対咬合 b 上顎前突 c 過蓋咬合 d 開咬 e そう生 f 正中離開 g その他 ()	口腔内 清掃状態 a きれい b 少ない c 多い	指 示 事 項	1.問題なし 2.要指導 3.要経過観察 4.要治療
			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																											
(内処置歯)	本																																						
要観察歯	本																																						
罹患型 O ・ A ・ B ・ C1 ・ C2		口腔軟組織疾患 なし・あり ()		その他の異常 なし・あり ()																																			

指 導 内 容	1.発育	6.予防接種	事 後 対 応	1.不 要
	2.発達	7.歯磨き		
(歯科衛生士 ())	3.排泄	8.疾病	1)電話確認 (月) 母・父・その他 () Tel - - (時頃OK)	3)精検・他機関紹介 (目・耳・歯・その他) (結果待ち 月)
	4.事故防止	9.その他		
(栄養士 ())	5.幼児食・おやつ		2)訪 問 (月)	4)再検
(保健師 ())			3)精検・他機関紹介 (目・耳・歯・その他) (結果待ち 月)	5)就学学習会 (年 月)
			4)再検	6)その他