

3 歳 6 カ 月 児 健 康 診 査 質 問 票

お子さまのお名前

生年月日

年

月

日生

月 齢

歳

カ 月

一 般 状 態	生活リズム		昼 夜		父母・祖父母・その他() 父母・祖父母・その他()	
	主な保育者は誰ですか。 生活のリズムは整っていますか。(はい・いいえ)				機 嫌 (良・否) 昼寝の時間 時～ 時 時間 睡 眠 (良・否)	
	0 6 12 18 24 起床時間 時 分 就寝時間 時 分					
	食事・栄養		食 欲 (有・無) ひとりで食事が (ほぼできる・できない) (はし・スプーン) 食事回数 回 偏 食 (無・有) () 食事内容と量 おやつ、飲物の与え方 回数 回 飲物 内 容			
排 泄	便 回	性状 (良・否)				
	尿 回	トイレ利用の有無 (有・無)				
今までにかかった病気	(無・有) 病名	ひきつけ (無・有 回) izzoo				
現在の病気	(無・有) 病名	いつから かかっている病院名				
あなたのお子さんについて、次の質問のそれぞれにどちらかあてはまる方の答えに○をつけて下さい。						
◎目に関して心配なことはありますか。 (いいえ・はい) ・瞳が白くみえますか。 (いいえ・はい) ・目つきや、目の動きがおかしいですか。 (いいえ・はい) ・極端にまぶしかったり、片目を閉じたりしますか。 (いいえ・はい) ・物を見るとき首を傾けますか。 (いいえ・はい) ・物に目を近づけて見ますか。 (いいえ・はい) ・お子さんはテレビや動画・タブレット・スマートフォン等を1日2時間以上見ていますか。 (いいえ・はい)						
◎耳に関して心配なことはありますか。 (いいえ・はい) ・名前を呼んでも、時々振り向かないことがありますか。 (いいえ・はい) ・最近テレビの音を大きくしますか。 (いいえ・はい) ・話をしているときに聞き返すことが多いですか。 (いいえ・はい) ・小さな音に反応しますか。 (はい・いいえ)						
◎砂利道などであまりころぶことなく自由に走り回れますか。 (はい・いいえ) ◎ケンケンができますか。 (はい・いいえ) ◎階段を交互に足を出して上がれますか。 (はい・いいえ) ◎肩たたきは交互にできますか。 (はい・いいえ) ◎簡単な衣類の着脱が一人でできますか。 (はい・いいえ)						
◎自分の性別と名前が言えますか。 (はい・いいえ) ◎自由に会話ができますか。 (はい・いいえ) ◎発音で気になることはありますか。 (いいえ・はい) 具体的に書いて下さい。() ◎心配なクセはありますか。 (いいえ・はい) 具体的に書いて下さい。()						
◎お友達は何人いますか。 0人・1～2人・3～4人・5人以上 ◎遊び場はありますか。 (はい・いいえ) 具体的に書いて下さい。() ◎普段どんなことをして遊んでいますか。 () 具体的に書いて下さい。()						
◎現在保育園、幼稚園に通っていますか。(園名) (はい・いいえ) ★◎特に気になることや、心配なことはありますか。 (いいえ・はい) 具体的に書いて下さい。()						
お母さんお父さん自身について伺います。 ◎毎日の生活や育児を楽しくやっていますか。 (はい・いいえ・どちらともいえない) ◎育児をしていてイライラしたりつらいと感じることが多いですか。 (はい・いいえ・どちらともいえない) ◎育てにくさを感じますか。 (はい・いいえ・どちらともいえない) ◎育児の相談相手や協力者がいますか。 (はい・いいえ・どちらともいえない) ◎お母さん、お父さん自身のことについて何かありましたらお書きください。 (健康的な不安、心に悩みをもっている、家事や仕事が忙しい、経済的な心配、パートナーとの関係、祖父母との関係、介護)						

☆裏面にもご記入ください。

(3歳6か月健診用) 保護者が行う絵シートによるささやき声検査

お子さんの名前 ()

乳幼児健診では、問診や診察のときに、耳のきこえのチェックをおこなっていますが、耳のきこえは保護者によって見つかることが多くあります。

耳のきこえの障がいは、生まれつきの場合だけでなく、その後の病気などが原因で起こるものもあります。年齢を問わず、耳のきこえや言葉の状態、発音の様子などに注意が必要です。

話しことばが聞き取りにくい程度のきこえの障がい（中程度以上（40デシベル以上）難聴）が放置されると、話しことばの発達が遅れてしまいます。きこえの障がいは、3歳6か月ごろまでに発見されると、補聴器装用などにより、言語発達が正常に改善する例が多く、逆に発見が遅れると、補聴器を装用しても、言語発達の遅れは改善されにくく、中等度以上の難聴を発見するために、ご家庭で「ささやき声検査」を実施していただき、3歳6か月児健診のときに必ずご持参ください。

検査の方法

1. 絵を子どもの方向に向けて置き、1mくらい離れ、向かい合い座ります。
2. 「この絵の名前を言うから、お母（父）さんが言った絵を指さしてね。」と子どもに言って、普通の声（会話するときの声）で、絵シートの表示した絵の名前を言い、子どもが6個の絵をすべて正しく指させるように練習します。
3. 「今度は小さな声で絵の名前を言うから、よく聞いて、指さしてね。」と、子どもに言って、口元を手などで隠し、6個の絵の名前を、ささやき声で1回ずつ言い、正しく指させれば下の表に○、正しくさせなければ×を記入します。

* 検査の注意事項

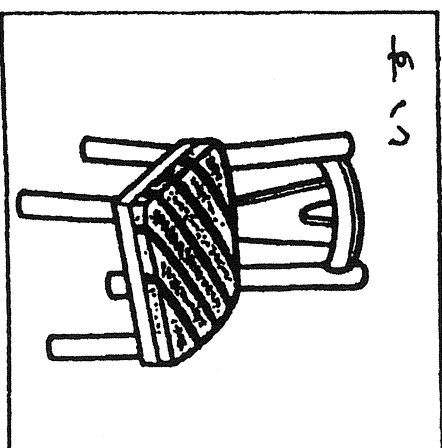
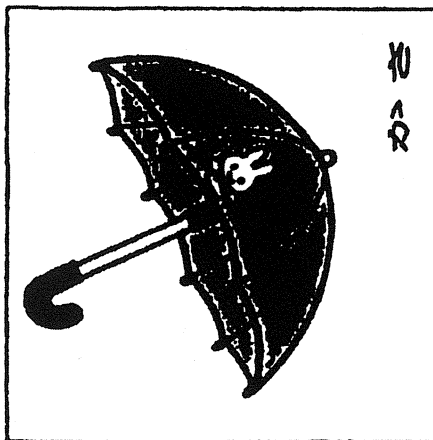
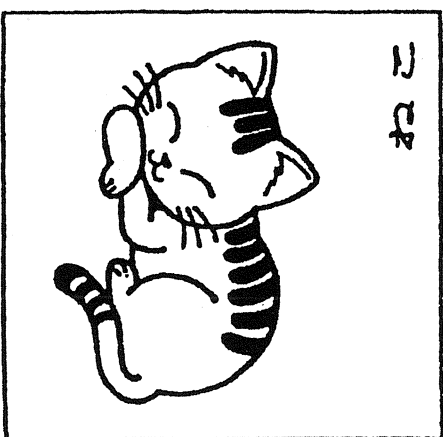
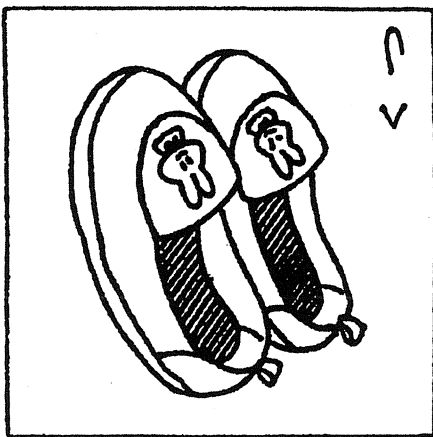
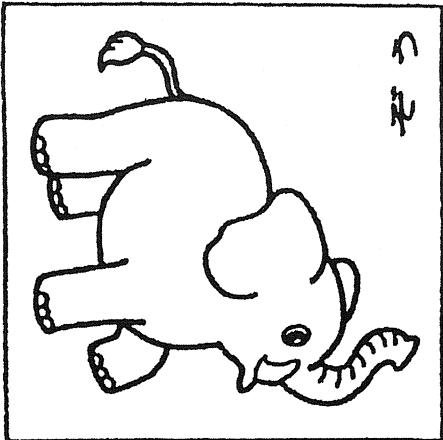
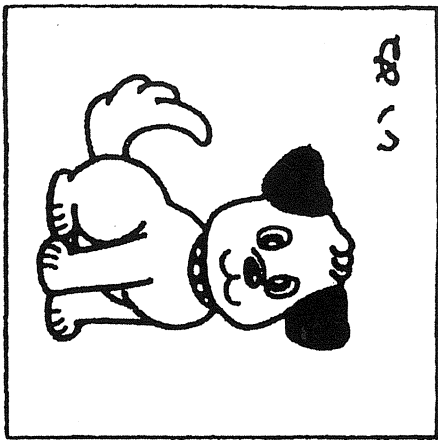
絵の名前を言うのは1回だけです。聞き返されても、繰り返し言わないでください。また、ささやき声が大きくならないように注意してください。

* 「ささやき声」の出し方

ささやき声は、息を出すだけの感じで、ないしょ話のようにささやきます。普通の声は、のど（のどぼとけ）に手をあてたとき、指に振動が感じられますが、ないしょ話のようにささやくと振動は感じません。この状態が「ささやき声」です。

いぬ	くつ	かさ	ぞう	ねこ	いす

絵シート



(3歳6か月児健診用)

お子さんの耳についての質問票

お子さんの名前 ()

お子さんについて当てはまるところを○で囲んでください。

質問事項	お答え	
1. 家族、親類の方に、小さいときから耳の聞こえの悪い方がいますか。	いいえ	はい
2. 中耳炎に何回か、かかったことがありますか。	いいえ	はい
3. ふだん鼻づまり、鼻汁をだす、口で息をしている、のどれかがありますか。	いいえ	はい
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、聞こえの悪いと思うときがありますか。	いいえ	はい
5. 園の保育士など、お子さんに接する人から、聞こえが悪いと言われたことがありますか。	いいえ	はい
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。	いいえ	はい
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。	いいえ	はい