

◎今までかかった病気（うまれつきの疾患、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全など）>>
 病名 通院病院
 けいれんを起こしたことがありますか。(無・有 回)
 これまで事故で病院にかかったことがありますか。(無・有 いつ頃 内容)
 生えていた歯が、ぐらぐらしたり抜けたりしたことがありますか。(はい・いいえ・はい)

◎目の見え方
 □目やにや、涙が多い
 □目つきや、目の動きがおかしい
 □瞳（黒目）が白色や黄緑色、橙色などに光って見える
 □物を見る時首を傾げてみる
 □極端にまぶしがりたり、片目を閉じたりする
 (はい・いいえ・はい)

◎目の配り
 ◎目に関して心配なことはありますか。
 次の質問のあてはまる答えに○、または✓をつけてください。

◎走ることができませんか。
 (はい・いいえ・はい)
 ◎最近こぼれやすいですか。
 (はい・いいえ・はい)
 ◎階段を上り下りしやすくなりますか。
 (はい・いいえ・はい)
 ◎言葉の数は増えていきますか。
 (はい・いいえ・はい)
 ◎2つ〜3つの単語をつなげて話せますか。
 (はい・いいえ・はい)
 具体的に書いてください。()

◎「ナニ」また「コレナニ」の質問をよくしますか。
 (はい・いいえ・はい)
 ◎人形を抱いて遊んだり、車をブローカーとって動かしますか。
 (はい・いいえ・はい)
 ◎大きい小さいということがわかっていきますか。
 (はい・いいえ・はい)
 ◎何でも自分でしたがりませんか。
 (はい・いいえ・はい)
 ◎簡単な服を自分で脱ごうとしますか。
 (はい・いいえ・はい)
 ◎ボタンをはめたりませんか。
 (はい・いいえ・はい)
 ◎友達のところへ行きたがりませんか。
 (はい・いいえ・はい)
 ◎お子さんは普段どんなことをして遊んでいますか。
 具体的に書いてください。()
 ◎育児の相談相手や協力者がいますか。(複数可)
 ()
 (配偶者・パートナー・実父母・義父母・きょうだい・友人・その他・誰もいない)

◎子育てを楽しんでいますか。
 (はい・いいえ・はい)
 ※それはどんな時ですか、具体的に書いてください。

◎子育てをしていて、育てにくさを感じたり、イライラしたり疲れたりすることがありますか。(はい・いいえ・はい)
 ※それはどんな時ですか、具体的に書いてください。

◎お子さんのことで、特に気になることや、心配なことはありますか。
 (はい・いいえ・はい)
 ※具体的に書いてください。

◎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。
 (健康面の不安、心の悩み、家事や仕事で忙しい、経済的な心配、パートナーとの関係、祖父母との関係、介護など)

病名 通院病院
 けいれんを起こしたことがありますか。(無・有 回)
 これまで事故で病院にかかったことがありますか。(無・有 いつ頃 内容)
 生えていた歯が、ぐらぐらしたり抜けたりしたことがありますか。(はい・いいえ・はい)

2歳6か月児健康診査問診票・2枚中2枚目

お子さんの耳に関するアンケート

お子さんの氏名 (_____)

生 年 月 日 (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

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 家族や親類の方に、小さい時から耳の聞こえのわるい方がいますか。	いいえ	は い
② 中耳炎にかかったことが何回かありますか。	いいえ	は い
③ ふだん、鼻づまり・鼻汁をだす・口で息をしているなどがありますか。	いいえ	は い
④ 呼んでも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時がありますか。	いいえ	は い
⑤ 保育所の先生など、お子さんに接する人から、聞こえがわる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

アンケートの中で、④以降に一つでも「はい」があった場合、気がかりな項目がある場合は、難聴の疑いもあります。早めの受診をおすすめしていますので乳幼児健診時にご相談いただくか、こども家庭センター母子保健係 TEL (077)558-8670、FAX (077)554-6101) までご連絡ください。

○ささやき声検査（聴覚検査）を実施した結果を下の表に○、×で記入してください。
合計には○の数を記入ください。

合 計	いぬ	くつ	かさ	ぞう	ねこ	いす
／ 6						

☆実施方法は次ページをご確認下さい。