

次質問のあてはまる答えに○をつけてください。

◎砂利道などでも、あまりこらばず自由に走り回れますか。
 ◎階段を一人で交互に足を出して上がれますか。
 ◎簡単な衣服の着脱が一人でできますか。
 ◎教に関心がありますか。
 ◎自由に会話ができますか。
 ◎発音で気になることはありませんか。
 ◎心配なクセはありませんか。
 ◎友達と一緒に遊べますか。
 ◎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。
 ※それはどんな時ですか、具体的に書いてください。
 (はい・いいえ)

◎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。
 ※それはどんな時ですか、具体的に書いてください。
 (はい・いいえ)

◎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。
 ※具体的に書いてください。
 (はい・いいえ)

◎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、家事や仕事や仕事か忙しい、経済的な心配、パートナーとの関係、祖母との関係、介護など)

《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ことはありますか。
 (はい・いいえ)

お子さんの氏名： _____

生年月日： 令和 年 月 日

3歳6か月児健康診査問診票・2枚中2枚目

母子の健康水準を向上させるための様々な取り組みを推進する国民運動計画「健やか親子21（第2次）」に基づく調査として、3歳6か月児健診を受診された保護者を対象に問診の質問項目が追加されました。これらの質問項目は、国に報告する際には個人が特定されないようデータを集計し報告します。一部、3歳6か月児健診問診票の内容と重複している質問事項もありますが、ご協力をお願いいたします。

1. 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。

1. なし	2. あり
-------	-------

→ 1日 本

2. 現在、お子さんのお父さん（パートナー）は喫煙していますか。

1. なし	2. あり
-------	-------

→ 1日 本

3. 保護者が、毎日、仕上げ磨きをしていますか。

- | |
|----------------------------------------|
| 1. 仕上げ磨きをしている（こどもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている） |
| 2. こどもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている |
| 3. こどもだけで磨いている |
| 4. こどもも保護者も磨いていない |

4. この地域で今後も子育てをしていきたいですか。

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. そう思う | 2. どちらかといえばそう思う |
| 3. どちらかといえばそう思わない | 4. そう思わない |

5. お子さんのお母さんとお父さん（パートナー）は、協力し合って家事・育児をしていますか。

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. そう思う | 2. どちらかといえばそう思う |
| 3. どちらかといえばそう思わない | 4. そう思わない |

6. あなたは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。

1. はい	2. いいえ	3. 何ともいえない
-------	--------	------------

うらの項目にも記入のうえご持参ください。





保護者の氏名 繋がりやすい電話番号

ご連絡させていただきます。

以上の問診項目について相談を希望される方は下記にご記入ください。後日、保健師が

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1. しつけのし過ぎがあった | 2. 感情的に叩いた |
| 3. 乳幼児だけを家に残して外出した | 4. 長時間食事を与えなかった |
| 5. 感情的な言葉で怒鳴った | 6. 1～5のいずれも該当しない |

をしてください。

10. この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるものすべてに○

- | | | |
|-------|--------|------------|
| 1. はい | 2. いいえ | 3. 何ともいえない |
|-------|--------|------------|

9. お子さんのかかりつけの歯科医師はいますか。

- | | | |
|-------|--------|------------|
| 1. はい | 2. いいえ | 3. 何ともいえない |
|-------|--------|------------|

8. お子さんのかかりつけの医師はいますか。

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。

「2.時々感じる」もしくは「3.いつも感じる」と答えた方は、育てにくさを感じた時に、

- | | | |
|---------|----------|-----------|
| 1. 感じない | 2. 時々感じる | 3. いつも感じる |
|---------|----------|-----------|

7. あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。