

## 3歳6か月児健診における眼科健診の実施について

### 子どもの視力について

お子さんの眼の機能は、3歳までに急激に発達し、6～8歳くらいでほぼ完成します。しかし、強い屈折異常（遠視、近視、乱視）や斜視があると、眼の正常な発達が邪魔されて、弱視（メガネやコンタクトをしても視力がでないこと）になってしまいます。屈折異常や斜視を早期に発見し、早期に治療を始めることができれば、ほとんどの場合、正常発達の視力と変わらなくなります。

そこで、屈折異常や斜視を早期発見し適切な治療を開始するために、視力の測定が可能になる3歳6か月児健診時に屈折検査と視力検査の2つの検査を行います。

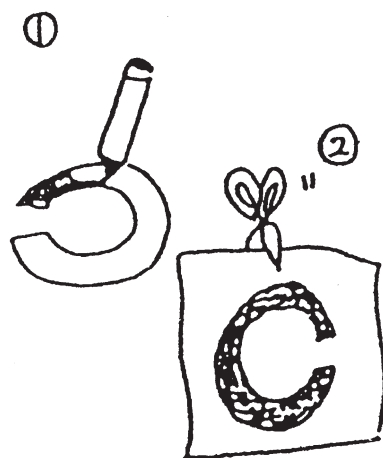
屈折検査は、携帯型のスポットビジョンスクリーナーという機器を使い、眼のピントが合うために必要な度数（屈折）を調べます。少し暗いお部屋で椅子に座って（保護者の方と一緒に座っていただいても構いません）、機器の点滅する指標を見るだけです。検査時間は30秒～1分程度です。光刺激でてんかんなどの発作が誘発される恐れのある方は、主治医にご相談の上検査を受けてください。

視力検査は、ランドルト環という「C」のようなマークの切れ目の方向を、お子さんが同じ方向に合わせられるかを確認して視力を図る検査です。この検査が上手にできるように家庭で練習してきてください。屈折検査で所見あった場合や視力検査が実施できない場合など、必要に応じて医療機関への受診などおすすめることがあります。

#### 《用意するもの》画用紙、黒マジック、はさみ

1. 画用紙に、うら面のような絵を書いて、黒のマジックで塗ります。
2. 黒く塗った部分をはさみで切りぬきます。  
同じ要領で2枚作ります。

※お子さんに車のハンドルの要領で持たせるため少し厚めの紙で作ってあげてください。



#### 準備が出来たら始めましょう

1. 保護者の方が車のハンドルを持つ要領で、お子さんにランドルト環の持ち方を教えてあげてください。
2. お子さんがランドルト環の切れ目を上手に回せるようになったら、保護者の方がランドルト環を見せながら、「環の切れたところは、右？左？それとも上？下？」「さあ、これと一緒にしてごらん」などと同じ方向に合わせられるように楽しいムードでお子さんをリードしてあげてください。



。といひます。

ラントルト環

この視力表は



## お子さんの目と耳の聞こえ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

( 歳 か月)

お子さんについて、あてはまるほうに○を付けてください。

### 1 目について

質問事項	お答え	
①現在、眼科に通っていますか。(内容 )	いいえ	はい
②目の向きや目の動きで気になることがある。	いいえ	はい
③まぶしがりですか。	いいえ	はい
④目を細めて見ますか。	いいえ	はい
⑤物に近付いて見ますか。	いいえ	はい
⑥頭を傾けたり、横目で見たりしますか。	いいえ	はい
⑦明るい戸外で片目をつぶりますか。	いいえ	はい
⑧目が揺れていますか。	いいえ	はい
⑨まぶたがさがっていますか。	いいえ	はい
⑩黒目の大きさが左右で違いますか。	いいえ	はい
⑪瞳孔（黒目の中心）が白っぽく見えることがありますか。	いいえ	はい
⑫近くの物を見るときに、目が内側に寄ることがありますか。	いいえ	はい
⑬親、兄弟姉妹に弱視、斜視、生まれつきの目の病気の人がありますか。	いいえ	はい

### 2 耳の聞こえについて

質問事項	お答え	
①家族、親戚の方に、小さいときから耳が聞こえにくい方・聞こえない方がいますか。	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。	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、聞こえにくいと思うことがありますか。	いいえ	はい
⑤園の保育士など、お子さんに接する人から、聞こえにく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を加えないと伝わらないことがありますか。	いいえ	はい

◎スタッフ記入欄

問診後再検査（SVS・視力）





◎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、介護など)

◎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。

◎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。

◎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。

◎育児の相談相手や協力者がいますか。(複数可)  
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)

◎お父さんは普段どんなことをして遊んでいますか。  
◎友達と一緒に遊べますか。  
◎心配なことはありますか。  
◎発音で気になることはありますか。  
◎自由に会話ができますか。  
◎教に関心がありますか。  
◎簡単な衣服の着脱が一人でできますか。  
◎階段を一人で交互に足を出して上がれますか。  
◎砂利道などでも、あまりこらばず自由に走り回れますか。  
次の質問のあてはまる答えに○をつけてください。

(はい・いいえ) (はい・いいえ) (はい・いいえ) (はい・いいえ) (はい・いいえ) (はい・いいえ) (はい・いいえ) (はい・いいえ) (はい・いいえ) (はい・いいえ)

◎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 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) 回 回

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) (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（パートナー）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（パートナー含む）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。