

※ 見本のため

赤字で記入しています

〒520-2315

野洲市辻町 433-1

野洲市健康推進課 母子保健担当

TEL：077-588-1788

FAX：077-586-3668

お子さんの体調や生活についてお尋ねします。あてはまる所を○で囲んでください。
記入後は、同封の返送用封筒にて返送ください。

記入日 (年 月 日) 歳 か月

記入者 () (電話番号:)

日中つながる電話番号をお願いします

◆お子さんについて質問します

- 現在通院中の病気がありますか
(いいえ ・ はい : 病気の名前・いつ・病院名 中耳炎、00耳鼻科 R2.1~)
- 目に関して心配なことがありますか (いいえ ・ はい : 内容)
- 耳に関して質問します
 - ①家族、親族の中に小さい時から耳の聞こえが悪い方がいますか (はい ・ いいえ)
 - ②中耳炎に何回かかかったことがありますか 3回 (はい ・ いいえ)
 - ③ふだん鼻づまり、鼻汁を出す、口で息をしている、声がかすれることがありますか (はい ・ いいえ)
 - 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、聞こえが悪いといわれたことがありますか
「タカ」→「タカ」に付き (はい ・ いいえ)
 - ⑤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 (はい ・ いいえ)
 - 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 (はい ・ いいえ)
 - ⑦あなたのいう言葉の意味が、動作などを加えないと伝わらないことがありますか (はい ・ いいえ)
- 言葉の数は増えていますか (はい ・ いいえ)
- 「アッチ イク」「パパ ネンネ」など単語を2つ続けて自分から話しますか (はい ・ いいえ)
- どんな遊びが好きですか (遊びの例: すべり台・お絵かき・しゃぼん玉)
- 積み木で塔のようなものを作ったり、横に並べて電車などにみたりして遊ぶことはありますか
(はい ・ いいえ)
- おもちゃや、やりたいことを「~ちゃんのもの」など自己主張しますか (はい ・ いいえ)
- 大人やきょうだいの動作のまねをしますか (例: バイバイ、いただきます等) (はい ・ いいえ)
- 「おめめ (目) どこ?」と聞くと指でさして教えてくれますか (はい ・ いいえ)
- 遊び友達がいますか (はい ・ いいえ) (遊び場: 保育園のお友だち)
- 今までできていたことができなくなったことはありますか
(いいえ ・ はい : 内容)
- 歩き方がおかしいと感じることがある (いいえ ・ はい : 様子)
- 走ることができますか (はい ・ いいえ)
- 階段を1人で上り下りしますか (はい ・ いいえ)

裏面に続きます ⇒

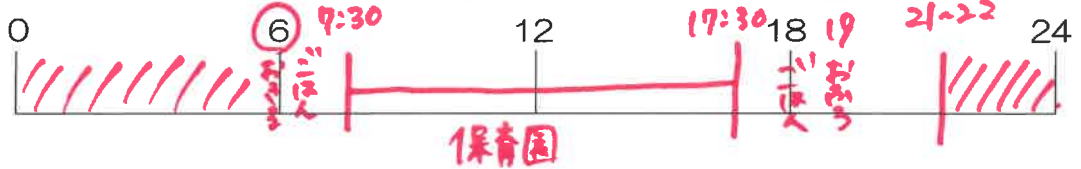
別添①を参考にしてください

身長が低い

16. お子さんの身長と体重は母子健康手帳の発育曲線グラフ内にありますか (はい ・ いいえ)
分かれれば、最近の身長・体重をご記入ください (計測値: 0 cm 0 kg、計測日: △ 月 △ 日)

◆お子さんの生活について質問します

- 1. 食欲 (有 ・ 無) 好き嫌い (無 ・ 有 緑の野菜)
- 2. 食事動作の自立 (ほぼ可 ・ 不可) お箸を使う (はい ・ いいえ)
- 3. おやつ (よく食べるおやつ・飲み物: チョコレート・グミ・ゼンベい・リンゴジュース)
- 4. 歯磨き お子さん (有 ・ 無) (時々・朝・昼・夜・毎食後)
親の仕上げ (有 ・ 無) (時々・朝・昼・夜・毎食後)
- 5. 生えていた歯が、ぐらぐらしたり抜けたことがある (いいえ ・ はい)
- 6. かかりつけ歯科医 (~~無~~ ・ 有 △△歯科)
- 7. かかりつけの病院・診療所 (無 ・ 有 □□小児科)
- 8. 哺乳びんの使用 (無 ・ 有: 内容 (フォローアップミルク・牛乳・その他 _____))
- 9. 母乳 (無 ・ 有 いつ _____ 回数 _____)
- 10. 指しゃぶり・おしゃぶり (無 ・ 有: いつ ねむい時)
- 11. 衣服の着脱を自分でしたがる (はい ・ いいえ)
- 12. 便の回数 (2 日に 1 回) 13. おむつ (無 ・ 有: 昼 ・ 夜)
- 14. 排泄状況 (トレーニング中 ・ トレーニング未)
尿 (知らせる ・ 出た後知らせる)
便 (知らせる ・ 出た後知らせる)
- 15. 就園されていますか (はい 〇〇こども園 ・ いいえ)
- 16. 一日の生活リズムを教えてください [寝ている所は斜線、食事・保育園等]



◆保護者の方について質問します

- 1. あてはまるものに○をしてください
(①勤め、②育休中 (年 月までの予定)、③自営業、④その他 (_____)、⑤なし)
- 2. 体調はいいですか (はい ・ いいえ) 腰痛
- 3. 毎日の生活や育児を楽しくやっていますか (はい ・ いいえ) 時間がない時に限って兄弟でやりますので...
- 4. 子育てでイライラすることはありますか (いいえ ・ はい)
- 5. 育児に協力してくれる人はいますか (はい: 誰 実母・夫 ・ いいえ)
- 6. 相談相手はいますか (はい: 誰 '' ・ いいえ)
- 7. 育てにくさを感じますか (いいえ ・ はい)

※その他、心配なこと、気になっていることがありましたらご記入ください。

・発音がおかしい・カ行がタ行に似ること
 ・手直しがなかなかないこと
 ◆個別相談をご希望の方は○をつけてください。(電話 ・ 来所 ・ その他 _____)

～心配なことやご不明な点がありましたら健康推進課 (077-588-1788) まで連絡ください～
 ※この「おたすね票」をご返送いただいた後、必要に応じて保健師等がご連絡させていただく場合がありますので、ご了承をお願いいたします。