



2歳6か月児健診問診票

名前（ふりがな）（ ） 記入者

生年月日（月齢） 平成・令和 年 月 日 （ 歳 か月） 記入日 年 月 日

◆お子さんについて質問します

1. 心配なこと、気になっていることがありましたら書いてください

Dashed blue rectangular box for writing answers to question 1.

2. 今までにかかった大きな病気、また現在通院中の病気
（病気の名前・いつ・病院名など）

Dashed blue rectangular box for writing answers to question 2.

- 3. 湿疹がある (いいえ ・ はい)
- 4. アレルギーがある (いいえ ・ はい)
- 5. ひきつけを起こしたことがある
(いいえ ・ はい : _____ 回、有熱/無熱)
- 6. 目に関して心配なことがある (いいえ ・ はい)
- 7. 耳に関して心配なことがある (いいえ ・ はい)
- 8. 階段を1人で上り下りする (はい ・ いいえ)
- 9. ごっこ遊びをする (はい ・ いいえ)
- 10. おもちゃや、やりたいことを「~ちゃんのもの」など自己主張する
(はい ・ いいえ)
- 11. 友達と一緒に遊べる (はい ・ いいえ)
- 12. 遊び友達はいますか (有 : 誰 _____ ・ 無)
- 13. 遊び場はありますか (有 : どこ _____ ・ 無)



◆お子さんの生活について質問します

- 1. 食欲 (有 ・ 無)
- 2. 食事の好き嫌い (無 ・ 有 _____)
- 3. 食事は家族と一緒に食べていますか (はい ・ いいえ)
- 4. 食事動作の自立 (ほぼできる ・ できない)
- 5. おはしを使う (はい ・ いいえ)
- 6. おやつ (①時間を決めて ・ ②要求時)
よく食べるおやつ ()
飲み物 ()
- 7. 歯磨き 児 (有・無)(時々・朝・昼・夜)
親の仕上げ (有・無)(時々・朝・昼・夜)
- 8. かかりつけ歯科医 (無 ・ 有 _____)
- 9. 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 _____)
時間 (寝る前・その他 _____)
- 10. 母乳 (無 ・ 有 いつ _____ 回数 _____)
- 11. 指しゃぶり・おしゃぶり (無 ・ 有)
- 12. 衣服の着脱を自分でしたがる (はい ・ いいえ)

裏面に続きます ⇒

13. おむつ (無 ・ 有 : 昼・夜・トレーニング中・未)

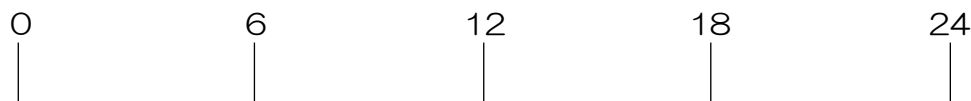
14. 便の回数 (回/日)

15. 排泄状況 尿 (知らせる ・ 出た後知らせる)

便 (知らせる ・ 出た後知らせる)

16. 一日の生活リズム

[寝ている所は斜線、食事(食)、保育園(園)等]



◆保護者の方について質問します

1. 体調はいいですか (はい ・ いいえ)

2. 毎日の生活や育児を楽しくやっていますか (はい ・ いいえ)

3. 子育てでイライラすることはありますか (いいえ ・ はい)

4. 育児に協力してくれる人はいますか (はい ・ いいえ)

それは誰ですか ()

5. 相談相手はいますか (はい ・ いいえ)

それは誰ですか ()

6. 育てにくさを感じますか (いいえ ・ はい)

◆お子さんと保護者の方の生活状況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. 保育園の通所 (無 ・ 有 保育園/こども園)

3. かかりつけの病院はありますか (はい ・ いいえ)

それはどちらですか ()

4. 同居の方でタバコを吸う人はいますか

(いいえ ・ はい : 誰 _____ 本/日)

5. 同居の方でお酒を飲まれる方はいますか

(いいえ ・ はい : 誰 _____ 量 _____)



<歯科衛生士に相談したいこと>

～心配なことやご不明な点がございましたらお気軽にスタッフまでお声掛けください～