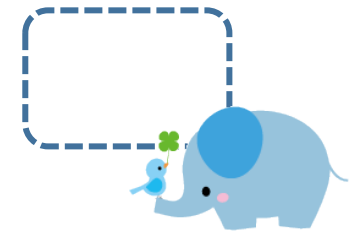


★乳幼児健診までに記入してください。当日、お預かりさせていただきます。



3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） _____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 box for writing concerns]

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 box for writing medical history]

◆お子さんの生活について質問します

- 1. 指しゃぶり・おしゃぶり （ 無 ・ 有 ）
- 2. 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（ _____ ）
- 3. 歯磨き 児 （有・無）（時々・朝・昼・夜）
親の仕上げ （有・無）（時々・朝・昼・夜）
- 4. かかりつけ歯科医 （ 無 ・ 有 _____ ）



- 5. 食欲 （ 有 ・ 無 ）
- 6. 食事の好き嫌い（ 無 ・ 有 _____ ）
- 7. 食事は家族と一緒に食べていますか （ はい ・ いいえ ）
- 8. 食事の自立 （ できる ・ できない ）
- 9. 脱衣 （ できる ・ できない ）
- 10. 日中おしっこを自分でする （ はい ・ いいえ ）
- 11. 夜尿 （ある・ときどき・ない） おむつ （無・有・昼・夜）
- 12. 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 _____）
- 13. 母乳 （ 無 ・ 有 いつ _____ 回数 _____ ）
- 14. 便の回数 （ _____ 回/日）
- 15. 一日の生活リズム



裏面に続きます ⇒

◆お子さんについて質問します

1. 湿疹がある (いいえ ・ はい)
2. アレルギーがある (いいえ ・ はい)
3. ひきつけを起こしたことがある
(いいえ ・ はい : _____ 回、有熱/無熱)
4. 目に関して心配なことがある (いいえ ・ はい)
5. 耳に関して心配なことがある (いいえ ・ はい)
6. 自分からしてほしいことや、したいことを話す (はい ・ いいえ)
7. 会話ができる (はい ・ いいえ)
8. 友達と共同して遊ぶ (はい ・ いいえ)
9. 友達と一緒に遊べる
人見知り強い (いいえ ・ はい)
かんしゃくを起こしやすい (いいえ ・ はい)
10. 遊び友達はいますか (有 : 誰 _____ ・ 無)
11. 遊び場はありますか (有 : どこ _____ ・ 無)
12. 心配なくせ (有 ・ 無)

◆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. 園の通所 (無 ・ 有 _____ 保育園/こども園/幼稚園)
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 >