

# 1歳6か月児健康診査 ＜問診票＞

\*「はい」「いいえ」等、いずれかに○をつけ、必要事項を忘れなくご記入ください。

H31.5改訂

氏名	フリガナ (男・女)		第 子
	生年月日 平成 年 月 日生 ( 歳 か月)		
住所	千代田区		
	電話:	携帯:	*どなたの携帯ですか ( )
同居家族	父 歳	母 歳	兄弟姉妹等、いる方は○をつけてください
	職業	職業	( 兄・姉・弟・妹 ( 歳)( 歳)( 歳)( 歳) ) 祖父・祖母・他
養育者	*昼間の養育者は誰ですか	父・母・祖父母・保育園・子ども園・他	
	○をつけてください	*園の名称( )	
出生時	妊娠期間 週	出生時の体重 g	
	出生時の異常: 無・有 ( )		
既往歴	ひきつけたことがありますか いいえ・はい (熱: あり・なし)		
	今までにかかった大きな病気やけが、受けた手術はありますか 無・有 (病名: )		
現病歴	治療中、または経過観察中の病気などはありますか ( 無・有 )		
	(病名: ) (医療機関名: )		
予防接種	受けた予防接種に○をつけて下さい		
	ヒブ(1回・2回・3回・追加)	小児肺炎球菌(1回・2回・3回・追加)	
	B型肝炎(1回・2回・3回)	四種混合(1回・2回・3回・追加)	
	BCG	麻疹・風疹第1期	水痘(1回・2回)
	その他(ロタウイルス・おたふくかぜなど)		

生活リズム	起床( 時 分) 朝食( 時 分) 昼食( 時 分)
	夕食( 時 分) 就寝( 時 分) 昼寝( 有・無 )
育児環境	事故防止のための対策(*)をたてていますか ( はい・いいえ )
	同居家族で喫煙する人がいますか ( はい・いいえ )
	お子さんがたばこの煙にさらされる機会(受動喫煙)がありますか ( はい・いいえ )
	日本大学病院で実施している「ちよだこども救急室」を知っていますか ( はい・いいえ )

(\*)事故防止対策とは、医薬品・化粧品・洗剤などは子どもの手の届かないところに置く、浴槽に水をためたままない、などのことです。

生活環境	現在のお住まいで何か気になることはありますか ( はい・いいえ )
	ダニ カビ 結露 換気 その他( )
	温湿度計をお部屋にしていますか ( はい・いいえ )
	加湿器を使っていますか ( はい・いいえ )

発達状況	首すわりはいつでしたか か月頃から
	ひとりですべりますか ( はい 歳 か月頃から・いいえ )
	手を引かれて階段を上りますか ( はい・いいえ )
	クレヨンなどで、なぐり書きができますか ( はい・いいえ )
	自分でコップを使って水を飲みますか ( はい・いいえ )
	「ワンワン」「プープー」など意味のある片言を言いますか ( はい・いいえ )
	( ) ( ) ( ) ( ) ( )
	絵や写真を見て、「ワンワンどれ？」など聞くと指をさしますか ( はい・いいえ )
	「~ちょうだい」などの簡単な指示に応じられますか ( はい・いいえ )
	名前を呼ばれたら振り返りますか ( はい・いいえ )

相談	目や耳のことで心配はありますか ( いいえ・はい )
	お子さんのことについて、何か心配なことはありますか ( いいえ・はい )
	ことば ・ 落ち着きがない ・ 指しゃぶり ・ 友達遊び ・ 排泄 食事 ・ 睡眠 ・ しつけ ・ その他

家族の健康	ご家族で治療中、または経過観察中のご病気などがある方はいますか いない・いる(誰: 病名: )
	現在、お母さんの健康状態はいかがですか よい・普通・あまりよくない
	子育てについて相談できる方はいますか いる(パートナー・祖父母・他 ) ・ いない
	子育てについてどのように思いますか(複数回答可) 大変だが楽しい ・ わからない ・ こんなものだと思う ・ 疲れる 不安が多い ・ いろいろ感がある ・ 叩きたくなる ・ 怒鳴ってしまう

相談	ご家族のことで、ご相談されたいことはありますか ( 無・有 )
	祖父母との関係 ・ パートナーとの関係 ・ 他

◎お子さまの健康管理の上で必要と考えられる場合には、区の子育て支援機関(保育園、子ども園、児童・家庭支援センター等)相互に個人情報を共有することに同意します。

保護者署名 \_\_\_\_\_

アレルギー	今までにアレルギーがあるとされたことがありますか ( いいえ・はい )
	食物アレルギー(食品名 )
	アトピー性皮膚炎・ぜん息・アレルギー性鼻炎・その他( )
	◆上記の疾患は、現在治療中ですか ( はい・いいえ )
	アレルギー検査を受けたことがありますか ( いいえ・はい )
	反応が出たもの( )
	現在、アレルギーのため制限している食品はありますか ( いいえ・はい )
	食品名( )
	◆制限は医師の指示によるものですか ( はい・いいえ )
	お子さんの父・母・きょうだいでアレルギー(花粉症を含む)のある方はいますか ( いない・いる )

栄養	朝食・昼食・夕食で食べている食品に○印(いくつでも)をつけてください。また、間食(おやつ)は、食べているものと回数を記入してください。						
		朝食		昼食		夕食	
	主食	ごはん	めん	パン	ごはん	めん	パン
		他( )		他( )		他( )	
	副菜	野菜	きのこ	野菜	きのこ	野菜	きのこ
		いも	海藻	いも	海藻	いも	海藻
	主菜	肉	魚	肉	魚	肉	魚
		卵	大豆製品	卵	大豆製品	卵	大豆製品
	牛乳・乳製品	牛乳	乳製品	牛乳	乳製品	牛乳	乳製品
	くだもの	くだもの		くだもの		くだもの	

間食(おやつ)	*牛乳・乳製品・くだもの場合もご記入下さい。
	(間食の回数 _____回)
母乳又は哺乳瓶でミルクを飲んでいますか	(はい・いいえ) 回 母乳/ミルク
自分で食べますか(スプーンやフォーク等を使う、手づかみ)	( はい・いいえ )

予診	1 呼名反応 ( + ・ )
	2 絵カード ( + ・ )
	3 積み木 ( 個 ・ )
	4 歩行 ( + ・ )
	予診保健師 _____

健診日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

保健所 記入欄					
体重	kg	90P 10P	身長	cm	90P 10P
頭囲	cm	カウプ指数			

医師の診察所見	無・有	医師名	
アレルギー所見	無・有		
発育	低身長、肥満、やせ、他		
皮膚	湿疹、アトピー性皮膚炎、血管腫、蒼白、出血斑、他		
頭頸部	翼状頭、リンパ節腫脹、他		
顔面・口腔	表情が乏しい、他		
眼	屈折異常、眼位異常、視力異常、他		
耳鼻咽喉	急性鼻炎、アレルギー性鼻炎、急性中耳炎、浸出性中耳炎、他		
胸部	心雑音、不整脈、呼吸音の異常、漏斗胸、鳩胸、喘息、他		
腹部	肝腫、脾腫、他の腫瘍、他		
そけい外陰部	そけいヘルニア(右・左)、停留嚢丸(右・左)、包茎(真性、仮性) 他		
背部	脊柱側弯、他		
四肢	O脚、X脚、他		
運動	麻痺、筋力低下、他		
精神	他		
言語	他		
日常生活	食事・排泄・睡眠・行動の問題、くせ、他		
その他	けいれんの既往、養育環境、食物アレルギー、他		
指示事項	1 特になし		
	2 精密健診 (紹介状 有・無)		
	3 受診(治療)勧奨 (Hp )		
	4 他機関管理中 (Hp )		
	5 経過観察 ( 月後 / )		
	6 個別相談 ( 保健・栄養・子育て相談 )		

保健相談	◆保健相談 ( 無・有 )
	保健師 _____
栄養相談	◆食事 ( 1・2 ) ◆間食 ( 1・2 ) ◆栄養バランス ( 1・2 )
	◆卒乳(1完・2未) ◆アレルギー(1無・2疑・3有) ◆自立食べ(1完・2未) ◆その他 (便秘・遊び食べ・生活リズム・夜更かし) 他( ) ◆個別 ( 1未・2受 ) ( 1無・2指・3親 ) 管理栄養士 _____
子育て相談	◆子育て相談 ( 無・有 )
環境相談	