

3歳児健康診査問診票②<一般>

30206

下記の要領で記載し当日ご持参下さい。記入情報は個人が特定されない方法で統計・調査研究等に活用することがあります。

数字の記入例 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

の欄は右詰で、空白欄には0を記入して下さい。例： 0 9

あてはまる○を全て鉛筆で塗りつぶして下さい。 良い例： ● 悪い例： ○

該当欄に記入して下さい。

TEL

E-mail

生年月日(年月日齢)：

性別：

1 起きる時間は決まっていますか。

7時まで 7時台 8時台 9時台 10時台 11時以降 決まっていない

2 夜寝る時間は決まっていますか。

8時まで 8時台 9時台 10時台 11時台 12時以降 決まっていない

3 昼間、おしっこがでる前に知らせますか。

はい いいえ

4 週に2〜3回は戸外で遊んでいますか。

はい いいえ

5 気になるくせがありますか。(爪かみ・指しゃぶり・その他)

いいえ はい

6 食事を自分で食べますか。

はい いいえ

7 食事づくりや準備、後片付けなどのお手伝いをさせていますか。

はい いいえ

8 食事で困っていることはありますか。(複数選択可)

遊び食い 偏食する むら食い
 食べるのに時間がかかる 食欲がない
 その他(具体的に：) 困っていることはない

9 よくかんで食べていますか。

はい いいえ いつまでも口の中にためている

10 食事は決まった時間に食べていますか。

はい いいえ

朝食は毎日食べていますか。

はい(時頃) いいえ

11 おやつ時間は決まっていますか。

はい いいえ 食べない

回数は1日に何回くらいですか。

1回 2回 3回以上

12 次のうちよく食べさせている菓子類は何ですか。(複数選択可)

アイス チョコレート菓子 スナック菓子 あめ 食べさせていない その他(具体的に：)

13 週1回以上利用しているものはどれですか。(複数選択可)

外食・ファーストフード(ハンバーガー、ピザ、ファミリーレストラン、焼肉屋など)
 インスタント食品(カップ麺、カップスープなど) できあいのおかず(弁当、すし、サンドイッチ、総菜など)
 加工食品(ハム、ウインナー、冷凍食品、レトルト食品、漬物など) 利用しない

14 ほぼ毎日飲む飲み物はどれですか。(複数選択可)

牛乳またはミルク(1日 ml) お茶・水
 ジュース(果汁、炭酸・乳酸菌・スポーツ飲料、野菜ジュース等)：1日 ml(1日 回)

15 主食(ごはん・パン・めんなど)・主菜(魚・肉・卵・とうふ等が主の料理)・副菜(おひたし・酢の物・野菜の煮物など)がそろう食事は1日何回ですか。

毎食 2回 1回 なし

16 こどもと一緒に食事をするのは楽しいですか。

はい 時には いいえ 一緒には食べない

17 母乳を飲んでいますか。

いいえ はい(いつ：)

18 毎日歯ブラシを持たせていますか。

はい 時々 いいえ

19 毎日寝る前に仕上げみがきをしていますか。

はい 時々 いいえ

20 家庭内にタバコを吸う人がいますか。

いいえ はい(具体的に：)

1 今までに医師から以下の病気といわれたことがありますか。

アトピー性皮膚炎 いいえ 治療中 治療したことがある
 喘息 いいえ 治療中 治療したことがある
 食物アレルギー(食品名：) いいえ 治療中 治療したことがある

2 お子さんの兄弟や両親にアレルギー性疾患(喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎等)の方がいますか。

いいえ はい(誰：)(病名：)

3 アナフィラキシーショックと診断されたことはありますか。

いいえ はい

「アナフィラキシーショック」とは、アレルギー反応により、呼吸困難・気道がふさがれることによる酸素欠乏状態・血圧低下・意識消失・不整脈による心停止などをおこした状態です。

1 フッ化物塗布を希望しますか。 希望する 希望しない

当日の診察医の判断によりフッ化物塗布ができない場合があります。

備考

計測 体重 g
 身長 cm
 頭囲 cm
 胸囲 cm