

1歳6か月児健康診査受診票

	新生児	4か月	6か月	10か月	1.6歳	3歳
受診						

記入例 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 受診日 令和 年 月 日

ふりがな 氏名	男・女		年 月 日 生	
住所	第 子		歳 月 日 生	
TEL				
保育状況	自宅・() 保育園 こども園・() 託児所・その他()			
同居家族	父 氏名 () 歳 職業 () 健康・否	母 氏名 () 歳 職業 () 健康・否		
続柄	男・女 年 月 日生 健康・否	男・女 年 月 日生 健康・否		
	男・女 年 月 日生 健康・否	男・女 年 月 日生 健康・否		
	男・女 年 月 日生 健康・否	男・女 年 月 日生 健康・否		

問診票は、主にお子さんの世話をなさっている方が記入してください。記入者 母・父・祖母・祖父・その他()
 当てはまる口に✓を、選択肢に○を、()内は記入して下さい。

体 に つ い て	① 今までにかかった病気はありますか (病名・手術) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	② 今までに事故やけがはありますか (いつ) (どこで) (どんな) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	③ 今、治療中または経過観察中の病気がありますか (病名) (医療機関) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	④ けいれんを起こしたことがありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	⑤ アレルギー性の病気にかかったことがありますか アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・じんましん・食物アレルギー・喘息・その他() <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	⑥ 目が良く見えない、極端にまぶしがる、黒目が片寄るなど目についての心配がありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	⑦ 耳の聞こえが悪いと思ったことがありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある *
	⑧ 「聞こえの検査」のささやき声について 実施方法については別紙「1歳6か月児健康診査のご案内」をご覧ください 名前 <input type="checkbox"/> 振り向いた <input type="checkbox"/> 振り向かない <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 未実施 シー <input type="checkbox"/> 振り向いた <input type="checkbox"/> 振り向かない <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 未実施
	⑨ 見えないところからの呼びかけ、テレビから流れてくるコマーシャルの音楽や 番組のテーマ音楽などに振り向きませんか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	⑩ 医師の診察で特に見てもらいたいことがありますか () <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	⑪ 済んだ予防接種 ヒブ(1回・2回・3回・追加)/肺炎球菌(プレベナー)(1回・2回・3回・追加)/BCG 4種混合(1回・2回・3回・追加)/MR(1期)/水痘(1回)/B型肝炎(1回・2回・追加) <input type="checkbox"/> 全て接種済 <input type="checkbox"/> 全て未接種
発 達 に つ い て	① ひとりで上手に歩けますか <input type="checkbox"/> はい (歩行開始 歳 月) <input type="checkbox"/> いいえ
	② 鉛筆でなぐり書きができますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	③ 自分でコップを持って水を飲みますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	④ スプーンやフォークを持って食べようとしますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	⑤ 何かに興味を持ったとき、指をさして伝えようとしますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ *
	⑥ あなたが部屋の中の離れたところにあるおもちゃを指でさすと、お子さんはその方向を見ますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ *



□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

⑦	何かほしいものがあるとき、指をさして要求しますか いいえの場合 あてはまるものすべてに✓を付けてください	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ*
	<input type="checkbox"/> 大人の手を持っていく <input type="checkbox"/> ことばで言う <input type="checkbox"/> 自分で取り大人に言わない <input type="checkbox"/> 要求しない	
	あなたに見て欲しい物がある時、それを見せに持ってきますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ*
	正しい例 ○ ※興味を持ったものを保護者と共有しようとする	
	違う例 × ※何か手助けを求めてもってくるのは、ここでは含まない	
⑨	絵本などで「犬(ワンワン)はどれ?」「車(ブーブ)はどこ?」と問うと指をさしてこたえますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩	大人のいう言葉の意味がわかりますか(おいで、ちょうだい、ねんね等)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ*
⑪	目の前に無い物をことばだけの指示で、「～を持ってきて」というと応じられますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑫	意味のある言葉(マンマ、わんわんなど)を言いますか。言えることばを書いてください () <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑬	しゃべり始めていたことばを話さなくなったということがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
⑭	あなたが名前を呼ぶと反応しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ*
⑮	他の子どもに興味がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ*
⑯	あなたのすることをマネしますか(たとえば口をとがらせてみると、顔まねをしようとしますか)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ*
⑰	いつもと違うことがある時、あなたの顔を見て反応を確かめますか ※いつもと違うことがあった時に、安全か、さわって大丈夫かなど、親の表情を確かめる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ*
⑱	人見知りや後追いがありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑲	次のことで気になることがあれば✓を付けてください(あてはまるもの全てに✓をつけてください)	
	<input type="checkbox"/> 視線が合いにくい <input type="checkbox"/> 呼んでも戻ってこない <input type="checkbox"/> 一人遊びが多い <input type="checkbox"/> 甘えてこない <input type="checkbox"/> よく動き回る	
	<input type="checkbox"/> おとなしすぎる <input type="checkbox"/> 落ち着いて座って食べない <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 夜泣きがある <input type="checkbox"/> 新しい場面がすごく苦手	
⑳	育てにくさを感じますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> どちらともいえない
㉑	お子様の発達について心配がありますか () <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	

※裏面もご記入ください。