

3歳児健診 アンケート

事前に記入して、健診にご持参ください。

子ども氏名

(男・女)

連絡先電話番号

該当するものに○又は回答を記入してください。

1	今までに右にある病気やその他大きな病気や事故などで医者にかかったことがありますか。	はしか 風疹 その他(百日咳 肺炎	水痘 喘息	おたふくかぜ)
2	毎日子守りをしている人は、どなたですか。	()			
	入園している場合は園名 ⇒	()			
3	運動(走ったり、とんだり)が遅れているという心配がありますか。	いいえ	はい		
4	足を交互に出して階段を昇れますか。	はい	いいえ		
5	丸が書けますか。	はい	いいえ		
6	なんでも自分でやりたがりますか。	はい	いいえ		
7	ごっこ遊びをしますか。(ままごと、自動車ごっこなど)	はい	いいえ		
8	おちつかないという心配がありますか。	いいえ	はい		
9	赤・青・黄・緑のうちの3つの色がわかりますか。	はい	いいえ		
10	言葉について心配なことがありますか。 (言葉の数が少ない、どもりがある、発音がはっきりしない、赤ちゃん言葉、話がつながらない など)	いいえ	はい		
11	自分の姓名が言えますか。	はい	いいえ		
12	質問をさかんにしますか。	はい	いいえ		
13	友だちと遊びますか。	はい	いいえ		
14	自分のものと他人のものとの区別がつきますか。	はい	いいえ		
15	大人と話ができますか。	はい	いいえ		
16	日中の排泄はトイレでできますか。	はい	いいえ		
17	手を自分で洗えますか。	はい	いいえ		
18	服の脱ぎ着を自分でしようとしますか。	はい	いいえ		
19	夜の睡眠について困っていることがありますか。(夜泣きなど)	いいえ	はい		
20	朝起きるのは何時ですか。	時			
	夜寝るのは何時ですか。	時			
21	何か目立つくせがあって困っていますか。(指しゃぶり、性器いじりなど)	いいえ	はい		
22	テレビ、DVD、スマホやタブレット等の動画は見えていなくてもついていきますか。	いいえ	はい		
	一日トータルで見ているのはどのくらいですか。	1日	時間	分	
23	心配なことや相談したいことがありましたら、ご記入ください。				