

1歳6か月児健診 アンケート ※事前に記入してお持ちください。

子どもの氏名 (男・女)	連絡先電話番号	
家族構成 (同居する家族にすべて○をつけてください) 父 母 兄 弟 姉 妹 祖父 祖母 曾祖父 曾祖母 その他		
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お医者さんにかかったことがありますか。	はしか 百日咳 水痘 風疹 おたふくかぜ 肺炎 喘息 その他 ()
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	耳が遠いという心配はありますか。	いいえ はい
4	目つき・目の動きが悪いという心配はありますか。 「はい」の場合→心配なことはどんなことですか。	いいえ はい ()
5	一人歩きができるようになったのはいつごろですか。	(歳 か月)
6	一人でじょうずに歩きますか。	はい いいえ
7	えんぴつ等を持って、なぐり書きをしますか。	はい いいえ
8	積み木を2、3個重ねることができますか。	はい いいえ
9	どんな遊びが好きですか。	()
10	ワンワン、ニャンニャンなど意味のある片言を話しますか。 「はい」の場合→それはどんな言葉ですか。	はい いいえ ()
11	ほしい物や知っている物を指差しますか。	はい いいえ
12	「新聞をもってきて」などの簡単な指示に応じますか。	はい いいえ
13	名前を呼ぶとふりむきますか。	はい いいえ
14	話しかけたとき視線が合いますか。	はい いいえ
15	よその家やデパートなどの慣れない場面では慣れるまで親のそばにいますか。	はい いいえ
16	他の子どもに対して関心を示しますか。	はい いいえ
17	おとなしすぎて、手がかからないということはありませんか。	いいえ はい
18	テレビや大人の身振り、そぶりのまねをしますか。	はい いいえ
19	排泄のしつけを始めていますか。	はい いいえ
20	テレビ、DVD、スマホやタブレット等の動画は見えてなくてもついていますか。 一日トータルで見ているのはどのくらいですか。	いいえ はい 1日 時間 分
21	生活リズムができていますか。 (普段の生活リズムを記入してください。) 午前6時 正午 午後9時	起床 時 就寝 時
23	何か心配なこと、相談したいことがありましたらお書きください。	

*裏面は記入しないでください。

指さし： 犬 猫 バナナ 車 バス アンパンマン

表出言語：

積み木：

母子手帳 耳の聞こえチェック：