

1歳6か月児健診 アンケート

※事前に記入して健診時受付に提出ください。

ふりがな		生年月日		アンケート記入者	
子ども氏名		(男・女) 年 月 日		父 母 その他()	
保護者氏名		連絡のとれる電話番号		【シェングラム】 (健診で確認)	
家族構成 (同居する家族に○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()					
1	今までにかかった大きな病気や治療中の病気はありますか。	あり	なし		
	「あり」の場合、具体的にお書きください →	()			
2	日中お子さんは誰が見ていますか。	()			
	入園している場合は園名をお書きください →	()			
3	目つきや目の動きが悪いという心配はありますか。	あり	なし		
	「あり」の場合、心配なことはどんなことですか →	()			
4	1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)			
5	1人で上手に歩きますか。	はい	いいえ		
6	小さい物（ボーロなど）をつまみますか。	はい	いいえ		
7	おもちゃや人形などでよく遊びますか。	はい	いいえ		
8	ワンワン、ニャンニャンなど意味のある言葉を話しますか。	はい	いいえ		
	「はい」の場合、それはどんな言葉ですか →	()			
9	何かに興味を持った時に指さしで伝えようとしますか。	はい	いいえ		
10	「ワンワンはどれ？」などと尋ねると指さしして答えますか。	はい	いいえ		
11	「新聞をもってきて」などの簡単な言葉の指示に応えますか。	はい	いいえ		
12	名前を呼ぶと振り向きますか。	はい	いいえ		
13	話しかけたとき視線が合いますか。	はい	いいえ		
14	よその家やデパートなどの慣れない場面では、慣れるまで親の側にいますか。	はい	いいえ		
15	誰がいても、まるで人がいないかのように無視して動き回ることがないですか。	なし	あり		
16	まわりの人の身振りや手振りをまねしますか。	はい	いいえ		
17	他の子どもに対して関心を示しますか。	はい	いいえ		
18	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きますか。	はい	いいえ		
	1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	
19	排泄のしつけを始めていますか。	はい	いいえ		
20	起きる時間・寝る時間は何時ですか。	起床	時		

※裏面もあります

