

《5歳用》

年 月 日

乳児健診問診票

お子様氏名

生年月日 年 月 日 生 男・女  
生 後 歳 ヶ月

本日の計測値は次の通りです。

体重 g ・身長 cm ・頭囲 cm ・胸囲 cm

Kaup指数  $\text{kg/m}^2$ 

① 最近のお子さんのことについて次の質問にお答え下さい。

- 1) スキップができますか。 (はい・いいえ)
- 2) でんぐりがえしができますか。 (はい・いいえ)
- 3) まねして四角形が描けますか。 (はい・いいえ)
- 4) 人の絵を描く時、手足、目、口など正しい位置にかけますか。 (はい・いいえ)
- 5) 発音に誤りなく話せますか。 (はい・いいえ)
- 6) 童話のような、話のすじがわかりますか。 (はい・いいえ)
- 7) 歌詞をまちがわずに歌えますか。 (はい・いいえ)
- 8) 約束やきまりをまもれますか。 (はい・いいえ)
- 9) 集団生活ができますか。 (はい・いいえ)
- 10) あいさつができますか。 (はい・いいえ)
- 11) ゲームあそびのような集団遊びができますか。 (はい・いいえ)
- 12) 顔を洗ったり歯をみがいたり、ひとりでできますか。 (はい・いいえ)
- 13) 服の脱ぎ着が自分でできますか。 (はい・いいえ)
- 14) おしっこや大便が自分でできますか。 (はい・いいえ)
- 15) おもちゃや本を自分で片づけますか。 (はい・いいえ)
- 16) 落ち着いて食べおわれますか。 (はい・いいえ)

② テレビ・ビデオなどは1日何時間見ますか。( ) 時間

③ ファミコン・スマホ・コンピューター等では1日何時間遊んでいますか。( ) 時間

④ タバコを吸う方はおられますか〔なし・あり→どなた? \_\_\_\_\_〕

その他特に気になる事がありますか。医師に質問したい事があれば記入して下さい。