

3才 健診問診表 氏名_____

出生時体重 g

首すわり (カ月)

寝返り (力月)

おすわり (カ月)

はいはい (カ月)

つかまり立ち (月)

つたい歩き (月)

歩き始め (月)

人見知り (力月)

- | | | |
|---|----|-----|
| 1) 手を使わずにひとりで階段をのぼれますか。 | はい | いいえ |
| 2) 歩き方、すわり方がおかしい、ころびやすいことがありますか。 | はい | いいえ |
| 3) クレヨンなどで丸（円）を書きますか。 | はい | いいえ |
| 4) 自分の名前が言えますか。 | はい | いいえ |
| 5) ことばが遅れている、発音がおかしいなどの心配がありますか。 | はい | いいえ |
| 6) 三語文が話せますか。 | はい | いいえ |
| 7) いっしょに遊ぶ友だちがいますか。 | はい | いいえ |
| 8) 好きな遊びは何ですか。（ ） | はい | いいえ |
| 11) 耳の聞こえが悪いように思ったことがありますか。 | はい | いいえ |
| 12) 中耳炎をくり返したり、いつも鼻がつまったり出たりしていませんか。 | はい | いいえ |
| 13) 目が悪いのではないかとこの心配がありますか。
（目つき、斜視、目の動き） | はい | いいえ |
| 14) 目が合わないという心配がありますか。 | はい | いいえ |
| 15) 食事は、1日3回好ききらいなく食べますか。 | はい | いいえ |
| 16) 排泄（おしっこ、うんこ）について困っていることがありますか。
（ ） | はい | いいえ |
| 17) かみごたえのある食物（肉など）を食べますか。 | はい | いいえ |
| 18) 歯磨きや手洗いをしていますか。 | はい | いいえ |
| 19) よくかんで食べる習慣はありますか。 | はい | いいえ |
| 20) 育児は楽しいですか。 | はい | いいえ |
| 21) 育児は疲れますか。 | はい | いいえ |
| 22) 育児上何か心配なことがありますか。
（ ） | はい | いいえ |