

# 5歳児健診アンケート

ふりがな

お子さんの氏名

男・女

生年月日

年 月 日

健診日： 年 月 日

生後 歳 ヶ月

(カルテ： )



・子育てで一番楽しいことを教えてください。

→ ( )

・今、一番気になっていること、心配なことはありますか。

→特になし ・ ある ( )

ご家族について \*同居しているご家族を記入して下さい。

|           |          |            |
|-----------|----------|------------|
| 続柄:父 ( 歳) | 健康・持病( ) | 職業: 有・育休・無 |
| 続柄:母 ( 歳) | 健康・持病( ) | 職業: 有・育休・無 |
| 続柄: ( 歳)  | 健康・持病( ) | 職業: 有・無    |

|          |          |                     |
|----------|----------|---------------------|
| 続柄: ( 歳) | 健康・持病( ) | 職業: 有・無、幼稚園・保育園・小・中 |
| 続柄: ( 歳) | 健康・持病( ) | 職業: 有・無、幼稚園・保育園・小・中 |
| 続柄: ( 歳) | 健康・持病( ) | 職業: 有・無、幼稚園・保育園・小・中 |

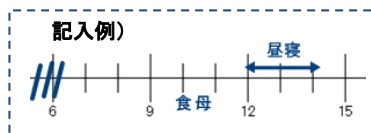
現在までにかった大きな病気・入院した病気・現在治療中の病気(内服中の薬)( なし ・ あり )

集団生活について ( )

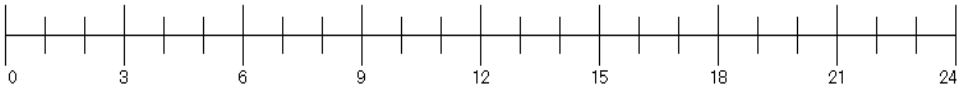
保育園・幼稚園 令和 年 月より 入園・予定)

生活リズムについて \*概ねの生活リズムを下の表にご記入ください。

夜起きる回数: \_\_\_\_\_ 回



\*記入項目: 睡眠 // // 昼寝 ◄ ► \*記入方法: 食事: 食



・生活リズムでお困りのことはありませんか? ( なし ・ あり )

→ 具体的に

・お子さんはテレビや動画、タブレット、スマートフォンを1日2時間以上見えていますか? ( いいえ・はい )

食生活について

1) 食事について ご記入ください。

| 保護者記入欄   |  |
|--|--|
| よく食べる・食べ過ぎ・あまり食べない・時間がかかる ( _____ 分)               |  |
| 咀嚼: 丸呑み 早食い・他 ( _____ )                            |  |
| 通園先で食べている給食・弁当 (朝・ 昼・ 夜 _____ その他 _____ )          |  |
| 昨日の朝メニュー ( _____ )                                 |  |
| 昼メニュー ( _____ )                                    |  |
| おやつ ( _____ )                                      |  |
| 夜メニュー ( _____ )                                    |  |
| <u>困っていること わからないことがあればご記入ください。</u>                 |  |
| 例) 好き嫌いが激しい・食事の間座ってられない                            |  |
| 食物アレルギーについて (医師から指摘されているものについて)                    |  |
| 食事制限の ( 無・有 ) 有の場合具体的に (卵黄・卵白・小麦・牛乳・大豆・その他 _____ ) |  |

( 注 ・ 裏面もご記入ください )

5歳アンケート No.1 202311

**身体や発達・通園先での様子について** \*心配なことがありましたら○をつけてください。

身体的事：体重のこと（太っている・やせている）その他（ ）

体調的事：便秘（ 回／ 日程度）・湿疹がある（場所 薬の希望 有・無 ）その他（ ）

発達的事：会話が続かない・落ち着きがない・痲癩がひどい・不安や緊張が強い その他（ ）

通園先での様子：集団になじめない・指示の理解が難しい・トラブルが多い その他（ ）

その他：気になることがあればご記入ください。

**事故防止について** \*注意が必要な項目です。あてはまるものがありましたら「レ」をつけてください。

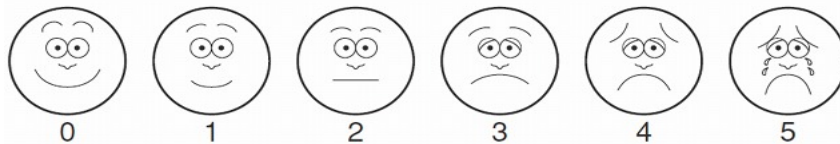
|                                    |   |     |
|------------------------------------|---|-----|
| 炊飯器やポットなど、熱い物をお子さんの手の届くところに置いている。  | → | やけど |
| ファンヒーターにガードをしていない。コンセントにカバーをしていない。 | → | やけど |
| 窓の側やベランダに踏み台となるようなものを置いている。        | → | 転落  |
| ビニール袋やひもでお子さんが遊ぶことがある。             | → | 窒息  |
| たばこや薬、洗剤などをお子さんの手の届くところに置いている。     | → | 誤飲  |
| 浴室に鍵を掛けていない。お子さんが一人で浴室に入ることが可能である。 | → | 溺水  |

**予防注射について** \*何かご質問がありましたらご記入ください。

なし・あり

**育児・日々の生活・お母さん・お父さん自身の心や身体のことについて**

1) 最近の気分で一番近いものはどの顔ですか？○をつけてください（複数回答可）。



2) 気になっていること 育児に悩んでいること、ご記入ください。

特になし 悩んでも解決できる

お母さん・お父さんの体調 通院中・治療中

日々の生活・育児の事 他

**育児のサポートについて** 育児の手伝いや相談に乗ってくれる人、相談機関はありますか？

パートナー・実母・実父・義母・義父・きょうだい・近所の人・友人・出産先の病院・電話相談

インターネット・通園先や託児所（施設名 ）電話相談・その他（ ）

特になし

**その他** 相談したいことがありましたら、何でもご記入ください。

