

Health Questionnaire (for 3-year-6-month-old health checkup)**3歳 6 か 月 児 健 康 診 査 問 診 票****Reception: 12:30 p.m. - 1:30 p.m.**

受付時間：午後0時30分～午後1時30分

Place: Examination Room, 1F, Kenko Fukushi Kaikan (Health and Welfare Center)

会場：健康福祉会館 1階 健診室

*Questionnaire filled out by: Mother/ Father/ Other ()

*記入者 母・父・その他()

*This questionnaire must be filled out by one who is currently raising the child.

*この問診票は、現在子育てを行っているかたが記入してください

Home phone/ 自宅電話

Cell-phone number/ 携帯電話

(Relationship/ 続柄:)

Family structure: 家族構成についてPlease give information about your cohabiting family members **other than the child** (the ___ child) **subjected to a 3-year-6-month-old checkup.** *本児(第 子)以外で、同居されているご家族について、記入してください

Relationship 続柄	Name 氏 名	Date of birth (yyyy/mm/dd) 生 年 月 日	What does he/she do? (Occupation, child care center, kindergarten, school, etc.) 職 業 等 (保育所、幼稚園、学校)	Health condition 健 康 状 況
Father 父		/ / (Age:)		Good / Bad () よい・わるい()
Mother 母		/ / (Age:)		Good / Bad () よい・わるい()
	M/F 男・女	/ / (Age:)		Good / Bad () よい・わるい()
	M/F 男・女	/ / (Age:)		Good / Bad () よい・わるい()
	M/F 男・女	/ / (Age:)		Good / Bad () よい・わるい()
Grandfather 祖父		/ / (Age:)		Good / Bad () よい・わるい()
Grandmother 祖母		/ / (Age:)		Good / Bad () よい・わるい()
Others cohabitants (その他の同居者)				
Main person who takes care of child during daytime 主な保育者		Daytime (Mother / Father / Grandmother / Grandfather / Child Care Center/ Nursery affiliated kindergarten/ Small child care institution/ Kindergarten, Other ()) 昼 (母・父・祖母・祖父・保育所/ 認定こども園/託児所/幼稚園・その他()) Nighttime (Mother/ Father/ Grandmother/ Grandfather/ Other ()) 夜 (母・父・祖母・祖父・その他())		
Nursery/ Kindergarten enrollment status 就園状況		() Child Care Center/ Nursery affiliated kindergarten/ Small child care institution/ Kindergarten/ admission period (from yyyy / mm / dd Being in child care institution/ Plan to enroll) ()保育所/ 認定こども園/ 託児所/ 幼稚園 入園時期 (令和 年 月～ 入園中・入園予定)		

Matters you would like to consult about at city's health checkup: 本日の健康診査で相談したいこと

1. Is there anything you would like to consult with a doctor, a health nurse, or an orthoptist?

If you have, please circle all that apply and describe specifically.

お子さんについて、医師、保健師、視能訓練士に相談したいことはありますか。具体的な内容を記入してください。

Please describe specifically. (e.g., body, eye, ears, height, weight, head circumference, speech, pronunciation)

具体的に記入してください。(からだのこと、目、耳、身長や体重、頭の大きさ、言葉や発音のことなど)

For a boy's guardian:

Are your son's testicles (balls) always in the scrotum (bag of skin)? Yes / No / Not sure.

男の子のみ→睾丸(たま)は常に陰嚢(ふくろ)にありますか? 【はい・いいえ・わからない】



受付

問診

計測

診察

歯診

結説

(栄相)

*Be sure to complete the following pages.

裏面も記入してください

2. Do you have any concerns about, or trouble with your child's behavior? Please circle the appropriate numbers, and describe in details.

お子さんの行動について心配なことはありますか。あてはまるものに○をつけ、具体的な内容を記入してください。

(1) My child has a habit. (e.g., thumb-sucking, nail-biting)/ クセがある(指しゃぶり、爪かみ等)

(2) My child gets stuck for words or falter in her/his words/ 言葉がつまる、どもる

(3) My child is restless./ 落ち着きがない (4) My child doesn't listen to me./ 言うことを聞かない

(5) My child is a worrier and scares easily./ 不安や恐れが強い (6) My child is too quiet./ おとなしすぎる

(7) My child is rough./ らんぼう (8) Others/ その他()

Questions about your child: お子さんのことについておたずねします

3. Has your child ever experienced any diseases or injuries other than a common cold after the 1-year-8-month-old checkup? If he/she has, please fill in the blanks below.

1歳8か月児健康診査以降、かぜ以外で何か病気やけがをしましたか。あてはまるものに○をつけてください。

(About past diseases/ かかった病気について: febrile seizures/ 熱性けいれん, measles/ 麻疹, rubella/ 風しん, varicella (chicken pox)/ 水痘, otitis media/ 中耳炎, others/ その他())

(About injury/ accident/ けが・事故について: fall down/ 転倒, fall off/ 転落, fracture/ 骨折, pulled elbow/ 肘内障, burn/ やけど, near drowning/ 溺水, accidental ingestion/ 誤飲, others/ その他())

4. If your child is currently undergoing treatment or being followed-up for a disease at a medical institution, please fill in the blank below.

現在、医療機関で治療中もしくは、経過をみている病気がありましたら記入してください。

Disease name: 病名など	Institution: 医療機関名
-----------------------	-----------------------

5. If your child is currently using a rehabilitation institution about your child's development, please fill in the blank below.

現在、発達について療育機関を利用していますか。ありましたら記入してください。

Since when? ____ Years old 何歳頃から	Rehabilitation Institution name: 療育機関名
-------------------------------------	---

6. Here are questions about your child's development. Please circle the appropriate answer.

お子さんの発達について、あてはまるものに○をしてください。

1	Can your child say his/her own name, age, and sex (boy or girl)? 自分の姓名や年齢、性別（男・女）を言いますか	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
2	How well does your child speak? 言葉についてどのくらい話しますか	My child speaks clearly and fluently. 何でも話せる	My child can say single word s 単語	My child never speaks a word. まったく話さない
3	Can your child go upstairs without using such as handrails? 手を使わずにひとりで階段をのぼれますか	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
4	Can your child stand on one foot for 3 seconds or longer? 片足で3秒以上たつことができますか	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
5	Can your child button up large buttons or zip up his/her clothes by him/herself? 大きなボタンをはめたり、チャックを閉めたりできますか	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
6	Can your child draw a closed circle with a crayon? クレヨンなどでまねて、閉じた丸（円）を描きますか	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
7	Can your child wash his/her hands with soap and wipe them with a towel by him/herself? 石けんを使って手を洗い、拭くという動作ができますか	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない

8	Does your child play a role with his/her friends during a 'making-believe game' such as playing house or action heroes? ままごと、ヒーローごっこなどの「ごっこ遊び」では、役を演じて遊びますか	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
9	Does your child have playmates? (Does your child play or show interest in playing with other children in parks, squares, etc.) 遊び友達がいますか (公園や広場等で他の子どもと遊んだり、興味を示したりしますか)	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない

7. Here are some questions about your child's daily living. Please circle the appropriate answer.

お子さんの生活習慣について、あてはまるものに○をしてください。

(1) Do you check and complete your child's brushing every day? 保護者がこどもの仕上げ磨きを毎日していますか	1. After your child has brushed his/her teeth, you check and complete the brushing. こどもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている 2. Your child do not brush him/herself, only you brush his/her teeth. こどもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている 3. Your child brush his/her teeth alone. こどもだけで磨いている 4. Neither your child nor you don't brush his/her teeth. こどもも保護者も磨いていない
(2) Can your child put on and take off his/her clothes by him/herself? 一人で着替えができますか	1. Yes 2. No はい いいえ
(3) Does your child have breakfast every morning? 朝ごはんは、毎日食べていますか	1. Yes 2. No はい いいえ
(4) Does your child eat meals with a guardian or carer twice or more a day? お父さんは1日に2食以上、保護者や保育者と一緒に食事をしますか	1. Yes 2. No はい いいえ

8. Please fill in your child's life rhythm (getting up, going to bed, eating, nap, etc.).

お子さんの生活リズム(起床・就寝・食事・昼寝など)について記入してください。

*If your child attends child care institution or kindergarten during the daytime, please fill in 'nursery' (kindergarten) for daytime hours.

※保育所や幼稚園に通っている場合は、日中の時間帯は、保育所(幼稚園)と記入してください。






Getting up Breakfast Lunch Napping Dinner Going to bed
(:) (:) (:) (:) ~ (:) (:) (:)

Play outside for () hours, Watching TV or DVD for () hours, Using a smartphones and tablets for () hours.
外遊び()時間 テレビ・DVD 視聴()時間 スマホ・タブレット使用()時間

Questions for you: 子育て中のあなたへおたずねします

9. Please circle the appropriate numbers about your childrearing.

育児について、あてはまるものに○をしてください。

<p>(1) Do you have occasions when you feel your child charmless or annoying? (1. No 2. Hard to say 3. Yes) お子さんをおもしろくないと感じたり、うっとうしく思ったりすることはありますか ①ない ②何ともいえない ③ある</p>
<p>(2) Please circle a picture below that represents best your current feeling. 今のあなたの気持ちに近いものに1つ○をつけてください</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">① </div> <div style="text-align: center;">② </div> <div style="text-align: center;">③ </div> <div style="text-align: center;">④ </div> <div style="text-align: center;">⑤ </div> </div>
<p>(3) Who can give you advice and help you when you are in trouble? (Check all that apply). あなたが困っているときに相談や協力してくれるひとはどなたですか(複数回答可)</p> <p>1. Partner (Spouse)/ パートナー(配偶者) 2. Your parents or siblings/ 自分の親やきょうだい 3. Your partner's (spouse's) parents or siblings/ パートナー(配偶者)の親やきょうだい 4. Friends/ 友人 5. Neighbors/ 近所の人 6. SNS or the Internet/ SNS やインターネット 7. Family doctor/ かかりつけ医 8. Public health nurse/ 保健師 9. Nobody/ 誰もいない 10. Others/ その他()</p>

*Be sure to complete the following pages. 裏面も必ず記入してください

10. Please fill in about your lifestyle.

保護者のかたの生活習慣について記入してください。

(1) Do you have meals that include staple, main and side dishes? 保護者のかたは、主食・主菜・副菜のそろった食事をしていますか *Staple foods/ 主食: rice/ ごはん, bread/ パン, noodle/ 麺類, etc.等 Main dishes/ 主菜: meat/ 肉, fish/ 魚, egg/ 卵, soybean/ 大豆, etc.等 Side dishes/ 副菜: Vegetables/ 野菜, seaweeds/ 海藻, mushrooms/きのこ, etc.等 1. Almost every day/ ほぼ毎日 2. Eat two meals a day/ 1日2食はする 3. Eat one meal a day/ 1日1食はする 4. I don't particularly care/ 特に気にしていない	
(2) When do you eat vegetable dishes? 保護者のかたは、いつ野菜料理を食べていますか 1. For breakfast/ 朝食の時 2. For lunch/ 昼食の時 3. For dinner/ 夕食のとき 4. I do not eat any/ 食べていない	
(3) Do you receive regular dental checkups? 1. Yes 2. No 保護者のかたは、定期的に歯科検診を受けていますか 1. 受けている 2. 受けていない	
(4) What kind of dental supplies do you use? (check all that apply) 保護者のかたが使用している歯科用品は何ですか (複数回答可) 1. Tooth paste/ 歯磨き粉 2. Toothbrush/ 歯ブラシ 3. Dental floss/ デンタルフロス 4. Interdental brush/ 歯間ブラシ 5. Mouthwash/ 洗口液 6. Others/ その他 ()	

11. If you have any trouble related to childrearing at home now, please describe specifically.

現在、ご家庭で養育上お困りのことなどがありましたら記入してください。

e.g., illness, disability, your marital relationship, sibling(s).

記入例: 病気や障がいのこと、夫婦関係のこと、きょうだいのことなど

National survey: Followings are questions for national survey under the program "Healthy Parents and Children 21" of Ministry of Health, Labor and Welfare. We would like you to answer the following questions. 国の調査: 厚生労働省「健やか親子21」による全国調査項目です。以下の質問にご協力ください

(1) Do you have time to spend with your child in a relaxed mind? 1. Yes 2. Not 3. Not sure あなたは、ゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか ①はい ②いいえ ③何ともいえない	
(2) Do you have difficulty in raising your child? 1. Always 2. Sometimes 3. No あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか いつも感じる 時々感じる 感じない	
(3) A question for those who answered 1 or 2 to the question (5). Do you have any solution such as consulting a relevant institution when you have difficulty in raising your child? 1. Yes 2. No (2)で①②と回答した人にお聞きします。育てにくさを感じた時に相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか ①はい ②いいえ	
(4) Do your child's mother and father cooperate in housework and childcare? 1. Yes 2. Rather 'Yes' 3. Rather 'No' 4. No. お子さんのお母さんとお父さんは、協力し合って家事・育児をしていますか ①そう思う ②どちらかといえばそう思う ③どちらかといえばそう思わない ④そう思わない	
(5) Do the child's mother currently smoke? *Including heated tobaccos 1. No 2. Yes (cigarettes/day) 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか ※加熱式たばこも含む いいえ はい(本/日)	
(6) Does the child's father currently smoke? *Including heated tobaccos 1. No 2. Yes (cigarettes/day) 現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか ※加熱式たばこも含む いいえ はい(本/日)	
(7) Do you know that many children of the age 3 to 4 years like to join other children if he/she is invited to join them? 1. Yes 2. No 3歳から4歳頃までの多くの子どもは、「他のこどもから誘われれば遊びに加わろうとする」ことを知っていますか ①はい ②いいえ	
(8) Does your child have a family doctor? 1. Yes 2. No お子さんのかかりつけ医はいますか ①はい ②いいえ	
(9) Does your child have a family dentist? 1. Yes 2. No お子さんのかかりつけ歯科医はいますか ①はい ②いいえ	
(10) Would you like to stay in this area to raise your child? 1. Yes 2. Rather 'Yes' 3. Rather 'No' 4. No この地域で、今後も子育てをしていきたいですか ①そう思う ②どちらかと言えばそう思う ③どちらかと言えばそう思わない ④そう思わない	
(11) Have you had following incidents at home in the last few months? If yes, mark all by a circle that apply. この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるものすべてに○を付けてください 1. You brought up your child with too strict discipline./ しつけのし過ぎがあった 2. You emotionally hit your child./ 感情的に叩いた 3. You went out and left your child alone at home./ 乳幼児だけを家に残して外出した 4. You did not give your child any food for a long time./ 長時間食事を与えなかった 5. You shouted at your child with emotional words./ 感情的な言葉で怒鳴った 6. Not applicable./ 該当しない	

Questionnaire about your child's dental health

3-year-6-month-old health checkup

三郷市 3 歳 6 か月児健康診査 歯科質問票

Below are questions about your child's dental health. Please circle the appropriate answers.

お子さんのことでお尋ねします。あてはまるものに○をつけてください。

1	Has your child stopped breastfeeding? 卒乳はしていますか	Yes はい	No いいえ
2	Does your child suck his/her finger? お子さんは指しゃぶりをしますか	No いいえ	Yes はい
3	Question about snacks: おやつのことについてお尋ねします		
	1) Does your child have a fixed time and frequency for snacks? 食べる時間や回数が決まっていますか	Yes はい	No いいえ
	2) What snack does your child eat almost every day? ほぼ毎日食べているおやつはなんですか <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Vegetable sticks/ 野菜スティック, Rice balls/ おにぎり, Rice crackers/ せんべい, Steamed sweet potatoes/ 蒸かしいも, Small dried fish/ 小魚, Fruits/ 果物, Others/ その他() </div> <div> Candies/ あめ, Chocolates/ チョコレート, Gummy candies/グミ, Ramune candy/ ラムネ, Caramels/ キャラメル, Snack food/ スナック菓子 </div> </div>		
4	Does your child drink 500ml or more of lactic acid bacterial beverage, soft drink or ion beverage a day? 乳酸菌飲料・ジュース・イオン飲料を 1 日 500ml以上飲んでいきますか	No いいえ	Yes はい
5	Do you have any concerns about your child's mouth? お口のことで気になることはありますか	No いいえ	Yes/ はい Please describe specifically. 具体的に記入してください <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>