

How to receive Medical Interviews 問診について

Please visit (保育所名) _____ Child Care Center on (問診予約日) _____ : _____ with the applicant child.

Please be sure to bring Mother and Child Health Handbook with you.

①お子さんと一緒に②質問票と母子手帳を持って③問診予約日 月 日 () : ~ 保育所に行ってください

Questionnaire/ 質問票

Applicant child's name 児童氏名	M男 / F女	Date of Birth 生年月日	Heisei / Reiwa / year month day 平成・令和 年 月 日生	
Guardian's name 保護者名	Relationship 続柄 ()	Who made the entry? 記入者名	(Father / Mother) (父・母)	
Address 住所	Telephone number 連絡先TEL		(Father / Mother) (父・母)	
Weight 体重	at birth / pregnancy weeks (g/ weeks), currently (g) g) 出生時/妊娠週数 (g/ 週) 現在 (g) g)		Normal temperature 平熱	°C 度 分
Previous medical history 既往歴	Brile convulsion / Otitis media / Disk herniation / elbow injury / Others () 熱性けいれん・中耳炎・ヘルニア・肘内障・その他 ()			
Questionnaire / 共通質問事項				
It aims that sharing support for life in the group. Please fill out as much of the questionnaire as you can. 集団生活において支援の共有をはかるためのものです。回答できる範囲でご記入下さい				
1. Have your child received his/her health checkup? (4 month/ 9 month/ 1-year-8-month/ 3-year-6-month/ Not received) 乳幼児健診を受けましたか (4ヶ月・9ヶ月・1歳8ヶ月・3歳6ヶ月・受けていない) If not received, state the reason. () 受けていない理由 ()				
2. Do you agree that your child care institution inquire at the health care provider including your previous municipal office about the records of his/her health checkup(s) if necessary? 乳幼児健診の受診内容について状況に応じ保育に必要な情報を受診先より(前市町村含む)受けてもよいですか Yes / No はい・いいえ				
3. Does your child have any allergies? アレルギーはありますか Yes / No はい・いいえ * If yes, what is he/she allergic to? ※何についてのアレルギーですか ()				
4. Has your child ever had a serious disease or been injured? *Yes, he/she has. / No, he/she hasn't. / He/She had suspicion of disease 大きな病気、けがをしたことがありますか (※ある・ない・疑い) * If "yes" or "suspect", state the period and the name of disease. ※あるの場合期間、病名等を記入してください Period (YYYY/ MM/ DD - YYYY/ MM/ DD) 期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) Circulatory (name of disease: under medical treatment/ follow up/ treatment scheduled/ suspicion) 循環器 (病名: 治療中・経過観察・治療の予定あり・疑い) Respiratory (name of disease: under medical treatment/ follow up/ treatment scheduled/ suspicion) 呼吸器 (病名: 治療中・経過観察・治療の予定あり・疑い) Others (name of disease: under medical treatment/ follow up/ treatment scheduled/ suspicion) その他 (病名: 治療中・経過観察・治療の予定あり・疑い)				
5. Does your child have any symptoms of Epilepsy? Yes / No / suspicion てんかんの症状はありますか (ある・ない・疑いあり)				
6. Has your child currently been receiving checkup or medication regularly? Yes, he/she has. / No, he/she hasn't 現在定期的な診察や投薬を受けていますか (いる・いない) name of medical institution: _____, about what: _____病院で_____について How often does your child go to the medical institution as an outpatient? once in month(s) 現時点の通院状況 (ヶ月に1回)				
7. Has your child received any advices or instructions about language or development?; or going to receive it? Yes / No (ある・ない) 言葉や発達のことで相談や指導を受けたこと(受ける予定)がありますか When: year month, Where: _____, about what: 年 月 (場所) _____について If yes and the institution is one of them (Child Development Support Center/ Health Promotion Division/ Shiinomi Gakuen) designated in Misato City, do you agree that Child Care Division inquire to the institution? 上記7.で「ある」とお答えいただいた場合、その施設が三郷市の管轄する施設(発達支援センター・健康推進課・しいのみ学園等)である際にすこやか課が情報提供を受けてもよいですか				
8. Does your child have disability certificate and/or rehabilitation certificate? Yes / No はい・いいえ 障害者手帳、療育手帳を持っていますか *If yes, please attach a photocopy of the certificate. ※「ある」の場合手帳の写しを添付してください				
★You may be advised to receive another medical interview depending on the result of the first interview. 問診をさせて頂いた結果、再度問診をさせていただくこともありますのでご承知ください。				
If yes on the question no.4 and no.5, please write progress until now and current situation. 質問4.5で「はい」の場合、今までの経過、今の状況を記入してください				
Filled by an interviewer 面接者記入欄				
★Answer the following questions by age corresponding to your child's age. 裏面に年齢別質問欄がありますのでお子さまの年齢該当欄にご記入ください。				

★ Please answer the following questions by age corresponding to the applicant child's age / 入所申込みをされるお子様の年齢に該当する質問欄のみ回答をお願いします。

Child's name:
児童名：

5-year-old child (4 years 9 months - 5 years 9 months) / 5歳児 (4歳児9ヶ月～5歳9ヶ月)		
1. Does your child know numbers 1 to 5? / 1から5までの数がわかりますか。	Yes	No
2. Does your child distinguish right from left? / 右、左がわかりますか。	Yes	No
3. Does your child skip? / スキップができますか。	Yes	No
4. Can your child wipe his/her bottom after going to the toilet to have a bowel movement or urinate by himself/herself? / 1人で排泄(排便・排尿)の後始末ができますか。	Yes	No
5. Can your child listen to other people and talk other people through? / 人のお話が聞け、相手にもわかるように話すことができますか。	Yes	No
6. Can your child care for himself/herself? / 身の回りのことが1人でできますか。	Yes	No
7. Has your child ever attend any group activities? / 集団生活の経験がありますか。	Yes	No
If yes, fill in the parentheses. (For years months/ Institution name:)		

4-year-old child (3 years 9 months - 4 years 9 months) / 4歳児 (3歳児9ヶ月～4歳9ヶ月)		
1. Can your child go up stairs on his/her each leg in turn without using hands for support? / 手を使わずに一人で足を交互に出して階段を上がれますか。	Yes	No
2. Can your child hop on one foot? / 片足ケンケンが出来ますか。	Yes	No
3. Can your child pronounce each word clearly and speak? / はっきりした言葉で話ができますか。	Yes	No
4. Can your child put on/off clothes for himself/herself? / 1人で着替えが出来ますか。	Yes	No
5. Can your child do easy things to help you? / 簡単な手伝いが出来ますか。	Yes	No
6. Does your child play with children of his/her age? / 子ども同士よく遊びますか。	Yes	No
7. Can your child use scissors well? / ハサミが上手に使えますか。	Yes	No
8. Does your child understand the meaning of paper-rock-scissors? / じゃんけんで勝ち負けが分かりますか。	Yes	No
9. Has your child ever attend any group activities? / 集団生活の経験がありますか。	Yes	No
If yes, fill in the parentheses. (For years months/ Institution name:)		
10. Can your child wipe his/her bottom after going to the toilet? / 1人で排便の始末ができますか。	Yes	No

3-year-old child (2 years 9 months - 3 years 9 months) / 3歳児 (2歳児9ヶ月～3歳9ヶ月)		
1. Does your child sit down on a chair by himself/herself? / 椅子にひとりで座れますか。	Yes	No
2. Can your child put on/off simple clothes for himself/herself? / 簡単な衣服の着脱はできますか。	Yes	No
3. Can your child put two words together? (e.g., "Car gone" or "Mommy there") / 2語文をつなげて使えますか。(例: ブーブーいった。ママあっち)	Yes	No
4. Can your child answer your easy questions? / 簡単な質問に答えられますか。	Yes	No
5. Does your child have a taste for things? / 「アレガイイ」「コレガイイ」の選択をしますか。	Yes	No
6. Does your child play a role with friends during playing house or shop etc.? / ままごと、お店屋さんごっこなどで役を決めて遊びますか。	Yes	No
7. Can your child go up stairs on his/her each leg in turn without using hands for support? / 手を使わずに1人で足を交互に出して階段を上がれますか。	Yes	No
8. Can your child speak two or more words (have easy conversation)? / 2語文以上話しますか。(簡単な会話)	Yes	No
9. Can your child distinguish food from NOT food? / 食べるものと、食べられないものと区別がつきますか。	Yes	No
10. Does your child play with other children together? / 友だちと遊べますか。	Yes	No
11. Can your child say his/her name? / 自分の姓名が言えますか。	Yes	No
12. Can your child draw a circle? / まる○を描けますか。	Yes	No
13. Can your child use chopsticks even if he/she is poor at? / 下手でも箸が使えますか。	Yes	No
14. Does your child use toilet by himself/herself to have a bowel movement or urinate? / トイレで排便・排尿が出来ますか。	Yes	No

2-year-old child (1 years 9 months - 2 years 9 months) / 2歳児 (1歳児9ヶ月～2歳9ヶ月)		
1. Can your child walk in an upright position?/ 歩き方は、ほぼ正しいですか。	Yes	No
2. Can your child play with using his/her both hands?/ 両手で何かを使って遊べますか。	Yes	No
3. Can your child use a spoon?/ スプーンを使いますか。	Yes	No
4. Does your child play with toys by himself/herself?/ 好きなおもちゃを使ってひとり遊びをしますか。	Yes	No
5. Does your child express his/her feeling clearly with saying "No" when he/she doesn't like something?/ いやな時には「いや」とはっきり言えますか。	Yes	No
6. Can your child sit down on a chair by himself/herself?/ 椅子にひとりで座れますか。	Yes	No
7. Can your child draw circles or lines by imitating you?/ まねして○まるを書いたり、線を引いたりしますか。	Yes	No
8. Does your child tell you when he/she needs to go wee-wee?/ おしっこを教えますか。	Yes	No
9. Does your child try to take off his/her trousers or underwear for himself/herself?/ パンツやズボンを途中で脱ぎますか。	Yes	No
10. Can your child put two words together? (e.g., "Car gone" or "Mommy there")/ 2語文をつなげて使えますか。(例: ブーブーいった。ママあっち)	Yes	No
11. Can your child answer your easy questions (e.g. name, age)?/ 簡単な質問に答えられますか。(例: なまえ、年齢)	Yes	No
12. Can your child distinguish big from small?/ 大きい小さいがわかりますか。	Yes	No

1-year-old child (9 months - 1 years 9 months) / 1歳児 (9ヶ月～1歳9ヶ月)		
1. Can your child stand with support?/ つかまり立ちをしますか。	Yes	No
2. Can your child crawl on his/her hands and knees?/ 四つんばいで手足を交互に動かして這いますか。	Yes	No
3. Does your child try to imitate your gestures?/ 大人の身振りをまねしますか。	Yes	No
4. Does your child try to look for mom or dad when he/she is asked "Where's dad?" or "Where's mom?"/ パパどこ？ママどこ？で捜そうとしますか。	Yes	No
5. Does your child say two words such as "broom broom", "bow wow" or "yum yum"?/ ブーブー、ワンワン、マンマなど2語を話しますか。	Yes	No
6. Are you weaning your child all right?/ 離乳は順調にすすんでいますか。	Yes	No
7. Does your child walk with support?/ つたい歩きができますか。	Yes	No
8. Does your child understand your words such as "Come here" or "Give it to me"?/ おいで、ちょうだいがわかりますか。	Yes	No
9. Does your child pick small things with his/her fingertips and put them in a box?/ 親指と人差し指を同時に向き合わせて物をつまんだり、入れ物に入れたりしますか。	Yes	No
10. Does your child roll a ball with other people?/ ボールの転がしっこをしますか。	Yes	No
11. Can your child stand from the seated position?/ 座った位置からひとりで立ち上がりますか。	Yes	No
12. Does your child play with something using both hands?/ 両手で何かを使って遊べますか。	Yes	No
13. Does your child walk in a upright position?/ 歩き方がほぼ正しいですか。	Yes	No
14. Can your child use a spoon?/ スプーンを使いますか。	Yes	No
15. Does your child call you when he/she is in trouble?/ 困った時に声を出して助けを求めますか。	Yes	No
16. Does your child do easy things to help you? (e.g., if you point at something and ask "please throw it away in the trash box", your child dose it.)/ 簡単な手伝いをしますか。(頼んだらゴミ箱にゴミを捨てられる)	Yes	No

6-month-old child (3 months - 9 months) / 6ヶ月児（3ヶ月～9ヶ月）		
1. Does your child say "ah-ah", "uh-uh" or "ma-ma"?/ アーアー、ウーウー、マーマーなどといえますか。	Yes	No
2. Can your child roll over?/ 寝返りをしますか。	Yes	No
3. Does your child crawl on his/her stomach back and forth?/ 腹ばいで前後にはいはいをしますか。	Yes	No
4. Does your child reach out and grasp things?/ 手を出して物をつかみますか。	Yes	No
5. Does your child try to call you when you are away?/ 離れている人に呼びかけますか。	Yes	No
6. Does your child enjoy when you play peek-a-boo with him/her?/ イナイ イナイ パーをすると喜びますか。	Yes	No
7. Is your child shy of strangers?/ 人見知りをしますか。	Yes	No
8. Can your child stand with support?/ 物につかまって立っていられますか。	Yes	No
9. Does your child try to imitate your gestures? (e.g., "No-no ", "Bye-bye")/ 人の身振りをまねしますか。（イヤイヤ、バイバイなど）	Yes	No
10. Are you weaning your child all right?/ 離乳は順調にすすんでいますか。	Yes	No

3-month-old child / 3ヶ月児		
1. Does your child suck breast milk well?/ お乳はよく飲みますか。	Yes	No
2. Does your child grasp when you put something in the palm of his/her hand?/ 手のひらへ物をのせると握りますか。	Yes	No
3. Does your child look at your face when you talk to him/her?/ 親などが話しかけるとじっと顔を見ますか。	Yes	No
4. Does your child move his/her hands and legs vigorously when he/she is naked? 裸にすると手足をバタバタさせますか。	Yes	No
5. Does your child face where the sound comes from?/ 音の方に顔をむけますか。	Yes	No
6. Has your child held his/her head up already?/ 首がすわっていますか。	Yes	No
7. Does your child babble when he/she feels well?/ 気持ちのよい時などよく声をだしますか。	Yes	No
8. Does your child hold a rattle in his/ her hand?/ ガラガラを持たせるとつかんでいますか。	Yes	No
9. Can your child open his/ her palm?/ 手を開きますか。	Yes	No
10. Can your child follow moving objects with his/her eyes?/ 物を眼で追いますか。	Yes	No

Mother and Child Health Handbook / Child (Interviewed by:) 母子手帳・子 (担当者)		
--	--	--