

# 2歳健診

年 月 日

氏名		男・女	生年月日	H・R	年	月	日	( 歳 ヶ月)
----	--	-----	------	-----	---	---	---	---------

	本日気になることがありますか？							
A 既往歴	①	今まで何か大きな病気をしましたか？	ない・ある ( )					
	②	今までの健診で何か指摘されたことがありますか？	ない・ある ( )					
	③	今までに何か事故を起こしたことがありますか？ (けが・やけど・誤飲など)	ない・ある ( )					
	④	今までに引きつけを起こしたり、意識を失ったことがありますか？	ない・ある (いつ )					
	④-1	④で「ある」とこたえた方へ。その際熱はありましたか？	ない・ある					
⑤	現在眼科に通院中ですか？	いいえ・はい 「はい」の方へ通院内容について ( )						
B 発達	①	両足でびよんびよんと飛べますか。	はい・いいえ					
	②	「もう一つちょうだい」がわかりますか。	はい・いいえ					
	③	2つの物を比べて大きい・小さいがわかりますか。	はい・いいえ					
	④	何か欲しい時、「ちょうだい」が言えますか。	はい・いいえ					
	⑤	2語の文章「ブーブー・乗ったなど」が言えますか。	はい・いいえ					
	⑥	排便の前に確実に教えてくれますか。	はい・いいえ					
	⑦	こぼさないで、1人で食事ができますか。	はい・いいえ					
	⑧	目が悪いという心配はありませんか。	はい・いいえ					
	⑨	耳が聞こえにくいという心配はありませんか。	はい・いいえ					
	⑩	昼間は主にどなたが保育をしていらっしゃいますか。 母・父・祖父母・保育園/幼稚園・その他 ( )						
	⑪	次の事項のうち、今特に心配なことに○をしてください。 (複数選択可)						
	①	怖がったり・おびえたりする	⑨	指しゃぶり				
	②	乱暴がひどい	⑩	爪かみ				
	③	落ち着かない	⑪	チック				
	④	聞き分けがない	⑫	性器をいじる				
	⑤	動きが乏しい	⑬	睡眠の異常				
	⑥	親や周囲の人に関心が無い	(時間が短い・夜泣きがひどい・眠りが浅い)					
	⑦	偏食がひどい						
	⑧	遊びが偏る						