

4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

B 発達	① 両足をそろえて前に飛べますか。	はい・いいえ
	② 片足でケンケンができますか。	はい・いいえ
	③ お手本を見て、三角が書けますか。	はい・いいえ
	④ 曜日の名前が2つか3つ言えますか。	はい・いいえ
	⑤ 文章の復唱ができますか。例えば「犬が早くはしります」	はい・いいえ
	⑥ 自分で鼻が噛めますか。	はい・いいえ
	⑦ 大便が一人で全部できますか。	はい・いいえ
	⑧ ブランコなどが友達と順番に使えますか。	はい・いいえ
	⑨ 目が悪いという心配はありませんか。	はい・いいえ
	⑩ 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
	⑪ 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	⑩ 爪かみ	
② 乱暴がひどい	⑪ チック	
③ 落ち着かない	⑫ 性器をいじる	
④ 聞き分けがない	⑬ 睡眠の異常 (時間が短い・夜泣きがひどい・眠りが浅い)	
⑤ 動きが乏しい	⑭ 排泄習慣の異常	
⑥ 親や周囲の人に関心が無い	⑮ 話し方がおかしい	
⑦ 偏食がひどい	⑯ 登園拒否	
⑧ 遊びが偏る	⑰ お母さんから離れない	
⑨ 指しゃぶり		

