

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？ 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 (いつ) 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 |
| ⑤ 動きが乏しい | (時間が短い・夜泣きがひどい・眠りが浅い) |
| ⑥ 親や周囲の人に関心が無い | ⑭ 排泄習慣の異常 |
| ⑦ 偏食がひどい | ⑮ 話し方がおかしい |
| ⑧ 遊びが偏る | ⑯ 登園拒否 |
| ⑨ 指しゃぶり | ⑰ お母さんから離れない |

