

# 3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？ ② 今までの健診で何か指摘されたことがありますか？ 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) 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？ ⑤ 現在眼科に通院中ですか？	ない・ある ( ) ない・ある ( ) ない・ある ( ) ない・ある (いつ ) ない・ある いいえ・はい 「はい」の方へ通院内容について ( )
C 発達	① 足を交互に出して階段が登れますか ② 赤・青・緑・黄色がわかりますか ③ 2つのものを比べてどちらが高いか言えますか ④ 自分の性と名が言えますか ⑤ 2語の文章「ブーブー・乗ったなど」が言えますか。 ⑥ 昼間はほとんどおもらしをしませんか ⑦ 自分でパンツをぬいで、おしっこができますか ⑧ 目が悪いという心配はありませんか。 ⑨ 耳が聞こえにくいという心配はありませんか。 ⑩ 昼間は主にどなたが保育をしていらっしゃるでしょうか。 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)	はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ ⑨指しゃぶり ⑩爪かみ ⑪チック ⑫性器をいじる ⑬睡眠の異常 (時間が短い・夜泣きがひどい・眠りが浅い)
	①怖がったり・おびえたりする ②乱暴がひどい ③落ち着かない ④聞き分けがない ⑤動きが乏しい ⑥親や周囲の人に関心が無い ⑦偏食がひどい ⑧遊びが偏る	