

# 5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<br>既往<br>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？<br>(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<br>発<br>達                             | ① スキップができますか。   | はい・いいえ |
|   | ② ブランコに乗ってこげますか。                                      | はい・いいえ |
|   | ③ 自分の左右がわかりますか。                                       | はい・いいえ |
|   | ④ お手本を見て、四角が書けますか。                                    | はい・いいえ |
|   | ⑤ 自分の名前が、ひらがなで書けますか。                                  | はい・いいえ |
|   | ⑥ かんしゃくをおこさないで、我慢できますか。                               | はい・いいえ |
|   | ⑦ 大便秘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。<br>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。<br>(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<br>(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                                  |   |        |