

# 6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	片足で10秒間位立てますか。	はい・いいえ					
	②	しりとりができますか。	はい・いいえ					
	③	今日が何曜日かわかりますか。	はい・いいえ					
	④	信号をみて、正しくわたれますか。	はい・いいえ					
	⑤	雑巾をしぼれますか。	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	目が悪いという心配はありませんか。	はい・いいえ					
	⑧	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					
	⑨	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 ( )						
	⑩	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							