

4歳児健診

実施日

(満 歳 月 日)

ふりがな

児氏名

男・女 第 子

生年月日 平成 年 月 日

1. 今までにかかった主な病気	なし・あり(中耳炎・喘息・他:)・けいれん(有・無)
2. 入院、手術を受けたことはありますか	なし・あり(歳 月頃 病名: 病院名:)
3. 今まで受けた健診結果で気になること	なし・あり(月健診:)
4. 昼間の主な保育者	母・父・祖父母・保育園・幼稚園・他()
5. 足を交互に出して、階段を下りますか	はい・いいえ
6. 片足でケンケンができますか	はい・いいえ
7. ボールを上手(上から)で投げますか	はい・いいえ
8. ハサミを上手に使えますか	はい・いいえ
9. 口が書けますか	はい・いいえ
10. 文章の復唱ができますか	はい・いいえ
11. 自分の経験したことをお話しますか	はい・いいえ
12. 数をかぞえますか	はい・いいえ
13. 人の顔が書けますか(顔の形・目、鼻、口の場所は?)	はい・いいえ
14. すべり台など、友達と順番に使えますか	はい・いいえ
15. ごっこ遊びでお母さん役など役割をもって遊びますか	はい・いいえ
16. ボタンをはめることができますか	はい・いいえ
17. うがいはできますか	はい・いいえ
18. トイレは一人でできますか	はい・いいえ
19. 物を見るとき、目を細めたり、近づいたり、横目で見ますか	はい・いいえ
20. 呼んでも返事しない、聞き返すなどよくありますか	はい・いいえ
21. 歯磨きの習慣はついてますか	はい・いいえ
22. 食事のことで気になることはありませんか	なし・あり(小食・偏食・過食・ムラ・マナー・)
23. お子さんのことで心配に思っていること、相談したいことはありませんか	なし あり(おとなしすぎる・かんが強い・周囲の人に無関心・目をパチパチさせる・指しゃぶり・どもる・性器いじり 親に付きまとう・こだわりが強い・音や光に過敏に反応する・極端に不安、恐がる・落ち着きがない)
24. ゆったりとした気分でお子さんとお過ごせていますか	はい・いいえ
25. 育児を負担に感じることはありませんか	はい・いいえ
26. 育児・家事を手伝ってくれる人はいますか	はい(どなたが:)・いいえ
27. 家族の育児・家事への参加について満足していますか	はい・いいえ
28. 日頃、子育てについて話し合える相手がありますか	はい(夫・妻・親・友人・その他())・いいえ
29. 子育てに疲れた時、相談できる人がいますか	はい(夫・妻・親・友人・その他())・いいえ
30. 子育てについてあてはまるものに○をつけてください(複数回答可)	①大変だが楽しい ②こんなものだと思う ③不安が多い ④イライラ感がある ⑤わからない ⑥その他具体的に困っていることがあれば書いてください()
31. 心配なことや相談したいことを何でもご記入ください	
32. 生活:起床()時・就寝()時・外遊び()時間・TVやDVD()時間・朝食()時・昼食()時・夕食()時	

結果

計測	身長	cm	体重	g	頭囲	cm	胸囲	cm
尿検査:	蛋白()	潜血()	糖()		体格(大・ふつう・小)		(肥・ふつう・やせ)	
態度:	協力的・暴れる・こわがる・無関心・他							
呼吸:	異常なし・あり()				循環:異常なし・あり()			
腹部:	異常なし・あり()							
神経学的所見及び運動機能:	正常・境界・問題あり()							
眼:	視力 正常・問題あり・疑い()				視力検査 両()・右()・左() 斜視()			
聴覚:	正常・難聴・疑い()							
皮膚:	湿疹()		乾燥()		アトピー()		不潔()	
外陰部:	異常なし・異常あり()							
口腔:	異常なし・あり() 生歯(本) 齲歯(本) うち未処置(本)							
事故:	ない・ある(やけど・けが・あざ・誤飲経験・)							
その他の異常:	()							
総合判定	運動機能:順調・ゆっくり・問題あり()				情緒・行動:異常なし			
	精神発達:順調・ゆっくり・問題あり()				:疑い (自閉・多動・母子関係)			
	言語発達:順調・ゆっくり・問題あり()				:異常あり(自閉・多動・母子関係)			
指導区分	異常なし・助言指導・経過観察(方法) / 時期)							
	要治療()				要精検(紹介先:)			
	既医療(医療機関名)				既フォロー(関係機関・施設名)			