

5歳児健診

実施日

(満 歳 か月)

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 か月頃 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(か月健診:)
4. 昼間の主な保育者	母・父・祖父母・保育園・幼稚園・他()
5. スキップはできますか	はい・いいえ
6. 階段の上り下りはスムーズにできますか	はい・いいえ
7. 鉛筆を正しく握りますか	はい・いいえ
8. ハサミで線の上を切れますか	はい・いいえ
9. △が書けますか	はい・いいえ
10. 好きな食べ物やTV番組・クラス・担任の名前が言えますか	はい・いいえ
11. 数をかぞえますか	はい・いいえ
12. じゃんけんして遊べますか	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. ゲームや遊びなどで順番を守ることができますか	はい・いいえ
15. 箸を大人と同じように使い、食事ができますか	はい・いいえ
16. ボタンをはめる・はずすことができますか	はい・いいえ
17. お話をじっとしてきけますか	はい・いいえ
18. 保育園・幼稚園ではみんなと一緒に行動できますか	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いますか	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・友達と遊ばず独りであることが多い・目をパチパチさせる・爪をよくかむ・こだわりが強い どもる・音や光に過敏に反応する・極端に不安、恐がる・落ち着きがなく多動・順番を待てない・)
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)				