

仕 様 書

案件番号	150		
見積書提出期限	質疑書提出期限	同等品選定期限	地域要件
令和8年2月27日 午後3時	令和8年2月24日 正午	令和8年2月20日	市内業者

案件名 4か月児健康相談質問票

品 名	① 4か月児健康相談質問票 ②-1 1歳6か月健康診査アンケート ②-2 1歳6か月児健康診査票 ③-1 3歳児健康診査アンケート ③-2 3歳児健康診査票 ③-3 視力検査の方法 ③-4 聴力検査の方法
数 量 単 位	① 750枚 ②-1 800枚 ②-2 800枚 ③-1 800枚 ③-2 800枚 ③-3 800枚 ③-4 800枚
規 格 等	① A4 3つ折り 色上質紙 薄口 もえぎ色 片面1色刷り ②-1 A3 6つ折 色上質紙 薄口 クリーム色 両面1色刷り ②-2 A4 3つ折 色上質紙 薄口 クリーム色 片面1色刷り ③-1 A3 6つ折 色上質紙 薄口 桃色 両面1色刷り ③-2 A4 3つ折

	色上質紙 薄口 桃色 片面1色刷り ③-3 A4 3つ折 色上質紙 厚口 白色 両面1色刷り ③-4 A4 3つ折 色上質紙 厚口 白色 両面1色刷り					
付属品等						
納入場所	今治市健康推進課（今治市中央保健センター）					
納入期限	令和8年3月25日					
納入及び設置方法	納品のみ					
撤去及び処分方法	特になし					
環境配慮に関する条件	特になし					
参考物品	本体	別紙のとおり				
	付属品等	—				
同等品の可否	可			不可		
添付資料	—					
説明会	要			不要		
特記事項	作成時、必ず校正を行うこと。校正用データ提供可。					
要求課	部課	健康福祉部 健康推進課	担当者	瀬尾	連絡先	0898-36-1533

【注意事項】

- 1 上記参考物品以外の同等品を選定する場合には、同等品選定期限までに同等品承認申請書と、選定する同等品に規格や詳細がわかるカタログ等を要求課まで提出し、承認を受けてから見積ること。
- 2 上記に記載している仕様（納入、組立、設置、検収及び撤去等）に掛かる費用を含めること。
- 3 落札業者は、納入日等について要求担当課と打ち合わせのうえ納入すること。
- 4 参加を希望する案件について質疑がある場合には、仕様書に記載の質疑書提出期限までに契約課まで、

案件番号と案件名を明記したうえで質疑書を提出すること。（提出方法はFAX又は電子メールで受け付けます。）

- 5 参加を希望する案件の見積書を見積書提出期限までに市役所庁舎第2別館7階契約課まで書留郵便又は持参により提出すること。

R7・8年度入札参加資格申請（入力表B）に物品希望業種として、上記物品が含まれていること。

但し、含まれていない場合においては、見積書提出期限までに「建設工事及び物品購入等入札参加資格審査申請書変更届」を提出することにより、参加は可能とする。

なお、物品希望業種に記載ないまま提出した見積書は無効とする。

用品調達要求書兼印刷製本請負伺書（用品一覧）

品名	グリン	品質・規格 銘柄・品番	数量／単位	単価	金額	備考
4か月児健康相談質問票	<input type="checkbox"/>	A4 3つ折り 色上薄 口 片面 もえぎ色	750.00 枚			
1歳6か月児健康診査アンケート	<input type="checkbox"/>	A3 6つ折り 色上薄 口 両面 クリーム色	800.00 枚			
1歳6か月児健康診査票	<input type="checkbox"/>	A4 3つ折り 色上薄 口 片面 クリーム色	800.00 枚			
3歳児健康診査アンケート	<input type="checkbox"/>	A3 6つ折り 色上薄 口 両面 桃色	800.00 枚			
3歳児健康診査票	<input type="checkbox"/>	A4 3つ折り 色上薄 口 片面 桃色	800.00 枚			
視力検査の方法	<input type="checkbox"/>	A4 3つ折り 色上厚 口 両面 白色	800.00 枚			
聴力検査の方法	<input type="checkbox"/>	A4 3つ折り 色上厚 口 両面 白色	800.00 枚			



4 か月児健康相談質問票

(別紙)

保護者の方は太枠内にご記入いただき、4か月児健康相談の際にご持参ください。

ふりがな 乳児氏名	生年月日	令和	年	月	日	男・女
保護者氏名						
住 所	電話 ()	—			

以下の設問について、当てはまるところに○をつけてください。

1. 産後、退院してからの1か月程度、助産師や保健師等からの指導・ケアは十分に受けることができましたか。	1. はい 2. いいえ 3. どちらとも言えない
2. 妊娠中、お子さんのお母さんは喫煙をしていましたか。	1. なし 2. あり (1日____本)
3. 妊娠中、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていましたか。	1. なし 2. あり (1日____本)
4. 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。	1. なし 2. あり (1日____本)
5. 現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。	1. なし 2. あり (1日____本)
6. 妊娠中、お子さんのお母さんは飲酒をしていましたか。	1. なし 2. あり
7. あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。	1. はい 2. いいえ 3. 何ともいえない
8. お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力し合って家事・育児をしていますか。	1. そう思う 2. どちらかといえばそう思う 3. どちらかといえばそう思わない 4. そう思わない
9. (1) あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。	1. 感じない 2. 時々感じる 3. いつも感じる
(2) (1) で「3.いつも感じる」もしくは「2.時々感じる」と回答した人へ伺います。育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。	1. はい 2. いいえ
10. この数か月の間に、ご家族で以下のことがありましたか。あてはまるものすべてに○を付けてください。 1. しつけのし過ぎがあった 2. 感情的に叩いた 3. 乳幼児だけを家に残して外出した 4. 長時間食事(母乳やミルク)を与えなかった 5. 感情的な言葉で怒鳴った 6. 子どもの口をふさいだ 7. こどもを激しく揺さぶった 8. いずれも該当しない	
11. お子さんのかかりつけの医師はいますか。	1. はい 2. いいえ 3. 何ともいえない
12. この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。	1. そう思う 2. どちらかといえばそう思う 3. どちらかといえばそう思わない 4. そう思わない

1歳6か月児健康診査アンケート

*健診当日、このアンケート用紙は持ち帰らないでください。
太枠の中をご記入ください。
また、当てはまるものに○をつけてください。

	希望	相談内容	済
内科相談			
栄養相談			
歯みがき相談			
ことば・発達相談			

ふりがな 幼児氏名		男・女	生年月日	令和 年 月 日 (1歳 か月)
保護者氏名		家族構成	父・母・兄()歳・姉()歳 弟()歳・妹()歳・その他()	
住 所	今治市			
携帯番号	(父・母)	現在母の妊娠 なし・あり(予定日)		
昼間の保育	父・母・祖父母・() 保育所/幼稚園/認定こども園/託児所・その他			
生育歴	在胎週数 ()週	出生体重 ()g	妊娠・出産時の異常 なし・あり()	
	これまでの発育経過について	首のすわり おすわり	か月 か月	ねがえり ひとり歩き
1	かかったことがある病気に○をつけてください。(水ぼうそう おたふくかぜ 百日せき 麻疹 風しん)			
2	接種済みの予防接種に○をつけてください。			
	H i b (インフルエンザ菌b型) 1回目・2回目・3回目・追加	小児肺炎球菌 1回目・2回目・3回目・追加	B型肝炎 1回目・2回目・3回目	
	ロタウイルス 1回目・2回目・3回目	四種混合 1回目・2回目・3回目・追加	BCG	麻疹・風疹 1回目・2回目 <input type="checkbox"/>
3	事故(大きなケガ)で病院を受診したことはありますか。 具体的に (転倒・打撲・切り傷・誤飲・溺水・交通事故・やけど・その他)	はい	いいえ	
4	今までに何か大きな病気にかかったことはありますか。 具体的に ()	はい	いいえ	
5	現在治療中、および経過観察中の病気はありますか(アレルギー含む)。 具体的に ()	はい	いいえ	
6	相談したいことや心配なことはありますか。 睡眠・食事・歯・排泄・ことば・その他 ()	はい	いいえ	

<成長・発達について> 当てはまるものに○をつけてください。

1	めったに転ばないで上手に歩けますか。	はい	いいえ
2	おや指、人さし指の2本でボタンなど小さなものをつまみますか。	はい	いいえ
3	片手を支えると階段を上がれますか。	はい	いいえ
4	クレヨンなどを使ってなぐり描きをしますか。	はい	いいえ
5	ブーブーは? パパは? などとたずねると指さして教えますか。	はい	いいえ
6	かたことで2つ3つは大人のわかることばを言いますか。	はい	いいえ
7	どのようなことばが言えますか。()		
8	ほしいものをお母さんに伝える時にどうしますか。 <input type="checkbox"/> うったえない <input type="checkbox"/> お母さんの手をひっぱったり、からだを押したりする <input type="checkbox"/> 指でさししめす <input type="checkbox"/> ことばで言う		

12 偏食がありますか。偏食のある子は食べない食品を○で囲んでください。
 (1)ある 牛乳・乳製品・肉・魚・卵・大豆製品・野菜・芋・その他() (2)ない

13 落ち着いて食事をしますか。
 (1)はい (2)いいえ (テレビを見る・遊び・周りが気になる・その他[])

14 食事時間帯は大体決まっていますか。
 朝食 (1)はい (時 分ころ) (2)いいえ (理由)
 昼食 (1)はい (時 分ころ) (2)いいえ (理由)
 夕食 (1)はい (時 分ころ) (2)いいえ (理由)

15 1回の食事の長さはどれくらいですか。 (1)10分以内 (2)30分以内 (3)30分以上

16 間食(ジュースを含む)は1日に何回与えますか。 (回/日)

17 間食(ジュースを含む)の時間は決まっていますか。
 (1)時間を決めている (2)欲しいときはいつでも

18 間食(ジュースを含む)の量は決まっていますか。
 (1)量を決めている (2)欲しがるだけあげる

19 よく与える間食をすべて○で囲んでください。
 パン類・おにぎり・芋・果物・いりこ・ビスケット・せんべい・スナック菓子
 チョコレート・アイスクリーム・ゼリー・乳製品・あめ・ガム・チューイングキャンディ
 牛乳・乳酸菌飲料・清涼飲料・ジュース・その他()

20 夕食後寝るまでに何か与えますか。(水、お茶を除く)
 (1)はい (菓子類・果物・牛乳・ジュースなどの甘い飲み物・その他[]) (2)いいえ

21 次にあげる食品のとり方について、それぞれあてはまるところに○をつけてください。

	卵	肉・魚・加工品	大豆・大豆製品	牛乳・乳製品	淡色野菜	緑黄色野菜	芋類	果物類
あまり食べない								
週に3日程度								
ほぼ毎日								

22 あなた(保護者)は食事をつくることに興味がありますか。
 (1)興味がある (2)あまりない (3)興味はない

23 食事について心配なことがあればお書きください。

※保護者の方へ

お子さんの健やかな成長・発達支援のために、健診結果等について、保育園等の関係機関と連絡をとることがあります。このことについて、(同意します・同意しません)

栄養相談

管理栄養士氏名
()

14	この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。	(1) そう思う (2) どちらかといえばそう思う (3) どちらかといえばそう思わない (4) そう思わない
15	この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。当てはまるすべてに○を付けてください。	(1) しつけのし過ぎがあった (2) 感情的に叩いた (3) 乳幼児だけを家に残して外出した (4) 長時間食事を与えなかった (5) 感情的な言葉で怒鳴った (6) こどもの口をふさいだ (7) こどもを激しく揺さぶった (8) いずれも該当しない

<歯の状況について> 当てはまるものに○をつけてください。

1	グラグラしたり、抜けたりした歯がありますか。	(1) はい	(2) いいえ
2	歯みがきをしていますか。(○をしてください)		
	朝食後	(1) 毎日みがく	(2) 時々みがく (3) みがかない
	夕食以降	(1) 毎日みがく	(2) 時々みがく (3) みがかない
3	あなたは、仕上げみがきをしていますか。	(1) 毎日みがく	(2) 時々みがく (3) みがかない
4	保護者が、毎日、仕上げみがきをしていますか。	(1) 仕上げみがきをしている (こどもがみがいた後、保護者が仕上げみがきをしている) (2) こどもが自分でみがかずに、保護者だけでみがいている (3) こどもだけでみがいている (4) こどもも保護者もみがいていない	

<生活習慣・食事について> 当てはまるものに○をつけてください。

1	起床時間が決まっていますか。	(1) はい (時 分ころ)	(2) いいえ
2	就寝時間が決まっていますか。	(1) はい (時 分ころ)	(2) いいえ
3	生活リズム(夜寝るのが遅い等)で気になることはありますか。	(1) ない	(2) ある
	具体的に ()		
4	1日にテレビや動画、タブレット、スマートフォン等を何時間見ていますか。	(約 時間)	
5	母乳をやめましたか。	(1) はい (歳 か月でやめた)	(2) いいえ (3) 与えたことがない
6	ほ乳瓶をやめましたか。	(1) はい (歳 か月でやめた)	(2) いいえ (3) 与えたことがない
7	ほ乳瓶で飲ませながら寝させますか。	(1) はい (理由)	(2) いいえ
8	1人でコップを持って飲めますか。	(1) はい	(2) いいえ
9	スプーンやフォークを使って自分で食べようとしますか。	(1) はい	(2) いいえ
10	食欲はありますか。	(1) ある (2) ない (理由)	(3) むらがある (理由)
11	よくかんで食べますか。	(1) はい (2) あまりかまらずに飲み込む	(3) いつまでも口に含んでいる

9	今までにしていたことを、あまりやらなくなった、できなくなった ということがありますか。 (例) 人のまねが少なくなった 言えていたことばを言わなくなった	いいえ	はい
10	どういう子どもなのか理解できないところが多いですか。	いいえ	はい
11	次のことからで、気になること・心配なことがありますか。 <input type="checkbox"/> 視線が合わない <input type="checkbox"/> 甘えてこない <input type="checkbox"/> 少しもじっとしていない <input type="checkbox"/> 夜泣きがひどい <input type="checkbox"/> 困っているくせがある (指しゃぶり・その他[])		
12	周囲の人や他のこどもたちに関心を示しますか。	はい	いいえ
13	相手になると喜びますか。	はい	いいえ
14	人まねをしますか。	はい	いいえ
15	どんな遊びが好きですか。 (遊びの例:)		
16	名前を呼ぶとふりむきますか。	はい	いいえ
17	目や耳について心配なことがありますか。	ない	ある

<育児状況について> 当てはまるものに○をつけてください。

1	子育ては楽しいですか。	はい	どちらともいえない	いいえ
2	子育ては疲れますか。	はい	どちらともいえない	いいえ
3	家族はお子さんによく遊んでいますか。	はい	どちらともいえない	いいえ
4	子育てについて相談する人はいますか。 具体的に 配偶者・両親・友人・その他()	はい	いいえ	
5	あなたの最近の心身の調子はいかがですか。	よい	どちらともいえない	よくない
6	現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。	なし	あり(1日)	本
7	現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。	なし	あり(1日)	本
8	1歳半から2歳頃までの多くのこどもは、「何かに興味を持った時に、指さしで伝えようとする」ことを知っていますか。	はい	いいえ	
9	浴室のドアには、こどもが一人で開けることができないような工夫がしてありますか。	はい	いいえ	該当しない
10	あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。	はい	いいえ	何ともいえない
11	お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力し合って家事・育児をしていますか。	そう思う	どちらかといえばそう思う	どちらかといえばそう思わない
12	あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。	感じない	時々感じる	いつも感じる
13	(前の設問で「いつも感じる」もしくは「時々感じる」と回答した人に対して) 育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。	はい	いいえ	

裏面もあります。

1歳6か月児健康診査票

(受付番号

)

健診日

*健診当日、この用紙は持ち帰らないでください。

*太枠の中をご記入ください。

ふりがな 幼児氏名		男・女	生年月日	令和 年 月 日 (1歳 か月)
--------------	--	-----	------	---------------------

計測	体重	kg	身長	cm	頭囲	cm	肥満度	%
判定	97パーセンタイル以上 3パーセンタイル未満		97パーセンタイル以上 3パーセンタイル未満		97パーセンタイル以上 3パーセンタイル未満		肥満 痩せ	+15%以上 -15%未満

内科 診察 所見	1	身体的発育異常	低身長	肥満	その他	指示事項 1. 異常なし 2. 既医療 3. 要経過観察 4. 要精密 5. 要治療 (身体・精神)
	2	精神発達障害	精神発達遅滞	言語発達遅滞		
	3	熱性けいれん				
	4	運動機能異常				
	5	神経系・感覚器系の異常	視覚	聴覚	てんかん性疾患	
	6	血液疾患	貧血		その他	指導内容
	7	皮膚疾患	アトピー性皮膚炎		その他	
	8	循環器系疾患	心雑音		その他	
	9	呼吸器系疾患	ぜんそく性疾患		その他	
	10	消化器系疾患	腹部膨満・腹部腫瘤		そけいヘルニア	医師名
			臍ヘルニア	便秘	その他	
	11	泌尿生殖器系疾患	停留精巣	外性器異常	その他	
	12	先天異常				指導内容
	13	生活習慣上の問題	少食	偏食	その他	
	14	情緒行動上の問題	指しゃぶり	多動	不安・恐れ	
15	その他の異常 ()					

歯科 健診 所見	右	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左	軟組織の異常	指示事項 1. 問題なし 2. 要指導 3. 要観察 4. 要治療			
		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E		なし あり (小帯 歯肉 その他)				
		生歯		本		う歯		本		(未処置		本		処置		本)	
		う蝕罹患型		O1		O2		A		B		C		清掃不良		なし・あり	
		その他の所見 (ゆ合歯・過剰歯・形成不全・先天性欠損歯・早期脱落)															
	不正咬合	なし	あり	A	反対咬合		B	上顎前突		C	正中離開		指導内容 1. 指しゃぶり 2. 歯列・咬合 3. その他				
				D	そう生		E	開咬合		F	過蓋咬合						
				G	その他 ()												
	その他の異常	なし・あり ()												歯科医師名			
	歯みがき相談												歯科衛生士名 ()				

係員記入欄

観察	積み木	+	-	()	2歳連絡	担当保健師 ()
	絵カード	3	2	1		
その他						

パパママすまいる健診 3歳児健康診査アンケート

(受付番号) 健診日

希望	相談内容	済
内科相談		
栄養相談		
歯みがき相談		
ことば・発達相談		

*健診当日、このアンケート用紙は持ち帰らないでください。

太枠の中をご記入ください。

また、当てはまるものに○をつけてください。

ふりがな 幼児氏名		男・女	生年月日	令和 年 月 日 (3歳 か月)
保護者氏名		家族構成	父・母・兄()歳・姉()歳 弟()歳・妹()歳・その他()	
住所	今治市			
携帯番号	(父・母)	現在母の妊娠 なし・あり(予定日)		
昼間の保育	父・母・祖父母・()保育所/幼稚園/認定こども園/託児所・その他			
生育歴	在胎週数 ()週 出生体重 ()g 妊娠・出産時の異常 なし・あり()			
	これまでの発育経過について 首のすわり _____ か月 ひとり歩き _____ か月			
	かたこと(マンマ、ブーブーなど)の言いはじめ _____ か月			
	1歳6か月児健康診査の状況 受診した 未受診			
1	かかったことがある病気に○をつけてください。(水ぼうそう おたふくかぜ 百日せき 麻しん 風しん)			
2	接種済みの予防接種に○をつけてください。			
	Hib (インフルエンザ菌b型) 1回目・2回目・3回目・追加	小児肺炎球菌 1回目・2回目・3回目・追加	B型肝炎 1回目・2回目・3回目	ロタウイルス 1回目・2回目・3回目
	四種混合 1回目・2回目・3回目・追加	BCG	麻疹・風疹 第1期	水痘 1回目・2回目
				日本脳炎 1回目・2回目 <input type="checkbox"/>
3	事故(大きなケガ)で病院を受診したことはありますか。 具体的に (転倒・打撲・切り傷・誤飲・溺水・交通事故・やけど・その他)			はい いいえ
4	今までに何か大きな病気にかかったことはありますか。 具体的に ()			はい いいえ
5	現在治療中、および経過観察中の病気はありますか(アレルギー含む)。 具体的に ()			はい いいえ
6	相談したいことや心配なことはありますか。 睡眠・食事・歯・排泄・ことば・その他 ()			はい いいえ

<成長・発達について> 当てはまるものに○をつけてください。

1	わずかの間でも、片足で立つことができますか。	はい いいえ
2	手を使わずに、足を交互に出して階段を上がりますか。	はい いいえ
3	衣服の着脱を一人でたがりますか。	はい いいえ
4	大きい・小さいを区別できますか。	はい いいえ
5	自分の名前(愛称でもよい)を言いますか。	はい いいえ
6	「お母さんと〇〇へ行くの」など、3語以上使った文が言えますか。	はい いいえ
7	ことばや発音について気になることがありますか。	いいえ はい
8	友だちなどと、ままごと・ヒーローごっこなど役割のあるごっこ遊びをしますか。	はい いいえ
9	あなた(保護者)から離れて遊びますか。	はい いいえ
10	次のことがらで、気になること・心配なことがありますか。	
	<input type="checkbox"/> 視線が合いにくい。	<input type="checkbox"/> 極端に落ち着きがない。
	<input type="checkbox"/> 極端に言うことをきかないで困る。	<input type="checkbox"/> すぐにかんしゃくを起こす。
	現在、または過去に気になるこだわりがある。具体的に ()	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

<生活習慣・食事について> 当てはまるものに○をつけてください。

1	起床時間が決まっていますか。	(1)はい (時 分ころ)	(2)いいえ						
2	就寝時間が決まっていますか。	(1)はい (時 分ころ)	(2)いいえ						
3	昼間、トイレやおまるでおしっこをしていますか。	(1)はい	(2)いいえ						
4	1日にテレビや動画、タブレット、スマートフォン等を何時間見ていますか。	(約	時間)						
5	卒乳はできましたか。	(1)はい (歳 か月でやめた)	(2)いいえ						
6	ほ乳瓶を使っていますか。	(1)いいえ	(2)はい 理由()						
7	スプーン・フォークや箸を使って自分で食べようとしますか。	(1)はい	(2)いいえ						
8	食欲はありますか。	(1)ある (2)ない(理由)	(3)むらがある(理由)						
9	よくかんで食べますか。	(1)はい (2)あまりかまわずに飲み込む	(3)いつまでも口に含んでいる						
10	偏食がありますか。偏食のある子は食べない食品を○で囲んでください。	(1)ある 牛乳・乳製品・肉・魚・卵・大豆製品・野菜・芋・その他()	(2)ない						
11	落ち着いて食事をしますか。	(1)はい (2)いいえ (テレビを見る・遊び・周りが気になる・その他[])							
12	食事時間帯は大体決まっていますか。	朝食 (1)はい (時 分ころ) (2)いいえ (理由)							
		昼食 (1)はい (時 分ころ) (2)いいえ (理由)							
		夕食 (1)はい (時 分ころ) (2)いいえ (理由)							
13	1回の食事の長さはどれくらいですか。	(1)10分以内 (2)30分以内 (3)30分以上							
14	間食(ジュースを含む)は1日に何回与えますか。	(回/日)							
15	間食(ジュースを含む)の時間は決まっていますか。	(1)時間を決めている (2)欲しいときはいつでも							
16	間食(ジュースを含む)の量は決まっていますか。	(1)量を決めている (2)欲しがるだけあげる							
17	よく与える間食をすべて○で囲んでください。 パン類・おにぎり・芋・果物・いりこ・ビスケット・せんべい・スナック菓子 チョコレート・アイスクリーム・ゼリー・乳製品・あめ・ガム・チューイングキャンディ 牛乳・乳酸菌飲料・清涼飲料・ジュース・その他()								
18	夕食後寝るまでに何か与えますか。(水、お茶を除く)	(1)はい (菓子類・果物・牛乳・ジュースなどの甘い飲み物・その他[])	(2)いいえ						
19	次にあげる食品のとり方について、それぞれあてはまるところに○をつけてください。								
		卵	肉・魚・加工品	大豆・大豆製品	牛乳・乳製品	淡色野菜	緑黄色野菜	芋類	果物類
	あまり食べない								
	週に3日程度								
	ほぼ毎日								
20	あなたは食事をつくることに興味がありますか。	(1)興味がある (2)あまりない (3)興味はない							
21	食事について心配なことがあればお書きください。								

※保護者の方へ

お子さんの健やかな成長・発達支援のために、健診結果等について、保育園等の関係機関と連絡をとることがあります。このことについて、(同意します・同意しません)

栄養相談

管理栄養士氏名
()

<育児状況について> 当てはまるものに○をつけてください。

1	家族はお子さんとはよく遊ぶほうだと思いますか。 (1)はい (2)いいえ
2	子育てについて相談する人はいますか。 (1)はい 具体的に 配偶者・両親・友人・その他 () (2)いいえ
3	子育ては楽しいですか。 (1)はい (2)どちらともいえない (3)いいえ
4	子育ては疲れますか。 (1)はい (2)どちらともいえない (3)いいえ
5	あなたの最近の心身の調子はいかがですか。 (1)よい (2)どちらともいえない (3)よくない
6	現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。 (1)なし (2)あり(1日 本)
7	現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。 (1)なし (2)あり(1日 本)
8	3歳から4歳頃までの多くの子どもは、「他の子どもから誘われれば遊びに加わろうとする」ことを知っていますか。 (1)はい (2)いいえ
9	あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。 (1)はい (2)いいえ (3)何ともいえない
10	お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力し合って家事・育児をしていますか。 (1)そう思う (2)どちらかといえばそう思う (3)どちらかといえばそう思わない (4)そう思わない
11	あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。 (1)感じない (2)時々感じる (3)いつも感じる
12	(前の設問で「いつも感じる」もしくは「時々感じる」と回答した人に対して) 育てにくさを感じたときに、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。 (1)はい (2)いいえ
13	この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。 (1)そう思う (2)どちらかといえばそう思う (3)どちらかといえばそう思わない (4)そう思わない
14	この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。 あてはまるものすべてに○を付けてください。 (1)しつけのし過ぎがあった (2)感情的に叩いた (3)乳幼児だけを家に残して外出した (4)長時間食事を与えなかった (5)感情的な言葉で怒鳴った (6)いずれも該当しない
15	お子さんのかかりつけの医師はいますか。 (1)はい (2)いいえ (3)何ともいえない
16	お子さんのかかりつけの歯科医師はいますか。 (1)はい (2)いいえ (3)何ともいえない

<歯の状況について> 当てはまるものに○をつけてください。

1	グラグラしたり、抜けたりした歯がありますか。 (1)はい (2)いいえ
2	歯みがきをしていますか。 朝食後 (1)毎日みがく (2)時々みがく (3)みがかない 夕食以降 (1)毎日みがく (2)時々みがく (3)みがかない
3	あなたは、毎日、仕上げみがきをしていますか。 (1)毎日みがく (2)時々みがく (3)みがかない
4	あなたは、どのように仕上げみがきをしていますか。 (1)仕上げみがきをしている (こどもがみがいた後、保護者が仕上げみがきをしている) (2)こどもが自分でみがかず、保護者だけでみがいている (3)こどもだけでみがいている (4)こどもも保護者もみがいていない

<目と耳の検査について>

同封の検査用紙の記述にしたがって、健診当日までにご家庭で実施し、下記をご記入ください。

以下の質問について、当てはまるものに○をつけてください。

【目の状態について】

- 1 目つきがおかしいですか。 はい いいえ
- 2 まぶしがりですか。 はい いいえ
- 3 目を細めて見ますか。 はい いいえ
- 4 物に近づいて見ますか。 はい いいえ
- 5 頭を傾けたり、横目で見たりしますか。 はい いいえ
- 6 黒目が内側に寄る、外、上、ななめ上にずれることがありますか。 はい いいえ
- 7 明るい屋外で片目をつぶってものを見ることがありますか。 はい いいえ
- 8 黒目の中心が白っぽくみえますか。 はい いいえ
- 9 黒目の大きさが左右で違いますか。 はい いいえ
- 10 目が揺れていることがありますか。 はい いいえ
- 11 まぶたがさがっていますか。 はい いいえ
- 12 親、兄弟姉妹に弱視、斜視、生まれつきの目の病気の人がありますか。 はい いいえ
- 13 その他、目について気になることがあれば お書きください。
()

家庭で実施した視力検査の結果について

(この検査については、別紙の「視力検査の方法」にもとづいて実施してください)

小さい輪を使った視力検査の結果

4方向のうち3方向以上見えたら○を、
2方向以下しか見えなかったら×を記入してください。

両目	右目	左目

【職員記入欄】

SVS 完了・精密・その他

【耳や聞こえについて】

- 1 現在、中耳炎等で耳鼻科の治療を受けていますか。 はい いいえ
- 2 家族、親戚の方に、小さいときから耳の聞こえの悪い方がいますか。 はい いいえ
- 3 半年以内に中耳炎に何回か、かかったことがありますか。 はい いいえ
- 4 普段、鼻づまり、鼻汁をだす、口で息をしている、のどれかがありますか。 はい いいえ
- 5 呼んで返事をしなかったり、聞き返したり、テレビの音を大きくするなど、聞こえが悪いと思うときがありますか。 はい いいえ
- 6 保育所や幼稚園など、お子さんに接する人から、聞こえがわるいといわれたことがありますか。 はい いいえ
- 7 話しことばについて、遅れている、発音がおかしいなど、気になることがありますか。 はい いいえ
- 8 あなたの言うことばの意味が、動作などを加えていないと伝わらないことがありますか。 はい いいえ
- 9 話しかけに、片方ばかり向いたり、きょろきょろしたりすることが多いですか。 はい いいえ
- 10 耳や聞こえのことで心配していることがあればお書きください。
()

家庭で実施した聴力検査の結果について

(この検査については、別紙の「聴力検査の方法」にもとづいて実施してください)

1) 保護者がおこなう絵シートによるささやき声検査

2) 指こすりによる聞こえの検査

いぬ	くつ	かさ	ぞう	ねこ	いす

右耳	左耳

3歳児健康診査票

(受付番号) 健診日

*健診当日、この用紙は持ち帰らないでください。

*太枠の中をご記入ください。

ふりがな 幼児氏名		男・女	生年月日	令和 年 月 日
				(3歳 か月)

計測	体重	kg	身長	cm	肥満度	%	精密判定	視覚 アンケート・SVS	聴覚 アンケート
判定	97パーセンタイル以上 3パーセンタイル未満		97パーセンタイル以上 3パーセンタイル未満		肥満 +15%以上 痩せ -15%未満		受診券発行	No.	No.

内 科 診 察 所 見	1	身体的発育異常	低身長	肥満	その他	指示事項 1. 異常なし 2. 既医療 3. 要経過観察 4. 要精密 5. 要治療 (身体・精神)		
	2	精神発達障害	精神発達遅滞	言語発達遅滞				
	3	熱性けいれん						
	4	運動機能異常						
	5	神経系・感覚器系の異常	視覚	聴覚	てんかん性疾患		その他	
	6	血液疾患	貧血		その他	指導内容		
	7	皮膚疾患	アトピー性皮膚炎		その他			
	8	循環器系疾患	心雑音		その他			
	9	呼吸器系疾患	ぜんそく性疾患		その他			
	10	消化器系疾患	腹部膨満・腹部腫瘍	臍ヘルニア	便秘	その他	医師名	
	11	泌尿生殖器系疾患	停留精巣	外性器異常	その他			
	12	先天異常						
	13	生活習慣上の問題	少食	偏食	その他	指導内容 1. 指しゃぶり 2. 歯列・咬合 3. その他		
	14	情緒行動上の問題	指しゃぶり	吃音	多動		不安・恐れ	その他
	15	その他の異常 ()						

歯 科 健 診 所 見	右	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左	軟組織の異常	指示事項 1. 問題なし 2. 要指導 3. 要観察 4. 要治療		
		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E		なし あり (小帯 歯肉 その他)			
		生歯		本		う歯		本 (未処置		本		処置		本)		
		う蝕罹患型		O		A		B		C1		C2		清掃不良 なし・あり		
		その他の所見 (ゆ合歯 ・ 過剰歯 ・ 形成不全 ・ 先天性欠損歯 ・ 早期脱落)														
	不正咬合	なし	}	A	反対咬合	B	上顎前突	C	正中離開							指導内容 1. 指しゃぶり 2. 歯列・咬合 3. その他
	あり	D		そう生	E	開咬合	F	過蓋咬合								
		G		その他 ()												
	その他の異常 なし・あり ()															
	歯みがき相談															
	歯科衛生士名 ()															

係員記入欄

観察	積み木	可	不可	はめ板	可	不可	長短	可	不可
	トンネル	可	不可	○の模倣	可	不可	色の弁別	可	不可
その他								4歳連絡	担当保健師
								目・耳検査	()

視力検査の方法

【用意するもの】

1. 視標 = 下にある輪をそれぞれキリトリ線で切り取り、20cm 四方くらいの白い紙に貼ります。
(図1を参考にしてください。)
2. 眼帯 = 片目をしっかりふさぐ為に、ガーゼ又はティッシュペーパーを5cm くらいの大きさに折って、バンソウコウか医療用テープなどで貼り代用してください。
3. 距離を測るためのメジャー、ものさし等

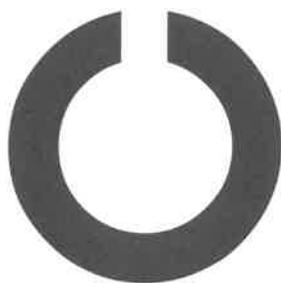
図1 指標の見せ方



図2 切れ目の答え方



キリトリ線



【 検査の方法 】

1. 本が楽に読める程度の明るい部屋で行います。
2. 視力検査の練習をします。
 - (ア) 1mくらい離れて、大きい輪をお子さんに見せます。まず両目を開けてします。
 - (イ) 切れ目の方向を指さしか手の方向で示すよう、お子さんに教えてあげてください。
また裏面図2のような輪を厚紙で作って お子さんに持たせ、輪の切れ目の向きを合わせる方法も良いでしょう。
 - (ウ) 切れ目の方向は右、左、上、下の4方向とします。
指標の向きを変えるときは、必ず一度指標を隠してから行なってください。
 - (エ) 1mくらいの距離でできたら、2.5m(できるだけ正確に測ってください)離れてください。
 - (オ) 両目で出来たら、(ア)～(エ)までを片目で練習してください。
3. 検査をします。(小さい輪を使い、2.5mの距離で検査します。)
 - (ア) まず、**両目**で検査します。
 - (イ) 上下左右の4方向を見せ、3方向以上正解したら見えた(O)とします。
 - (ウ) 次は左目を隠して**右目の検査**をします。見えにくそうにしたり、嫌がったりする場合には左目から検査してください。両目のときと同じように判定します。
 - (エ) 続いて隠す目を変え、左(または右)の目の検査をします。
4. 両目、右目、左目それぞれの検査結果をアンケート用紙に記入して、健診のときにご持参ください。

視力検査についての注意



3歳のお子さんにとって、この検査方法は少し難しい場合があります。しかし、何度か練習を繰り返すことによって、検査の要領をつかめると思います。早い時期からの視力の異常を見つけることが大事ですので、練習を重ねて検査を行ってください。

聴力検査の方法



検査のときに注意すること

なるべく外を自動車などが通っていない時をみはからい、テレビやラジオを消して部屋を静かにしてゆったりとした状態で検査してください。
検査結果はアンケート用紙に、正しくできたものは○、誤っていたものには×を記入してください。



1. ささやき声による聞こえの検査 ————— 絵1

☆この検査は、かすかな声が聞きとれるかどうかの検査です☆

- ① 絵を子どもの方向に向けて置き、1mくらい離れ、向かい合い座ります。
- ② 「この絵の名前を言うから、お母（父）さんが言った絵を指さしてね。」と子どもに言って、普通の声（会話する時の声）で、絵シートの表示した絵の名前を言い、子どもが6個の絵をすべて正しくさせるようにします。
- ③ 「今度は小さな声で絵の名前を言うから、よく聞いて、指さしてね。」と子どもに言って、口元を手などで隠し、6個の絵の名前を、ささやき声で1回ずつ言い、正しくさせれば○、正しくさせなければ×を記入します。

※注意事項

絵の名前を言うのは1回だけです。聞き返されても、繰り返し言わないでください。また、ささやき声が大きくなりないように注意してください。

※ささやき声の出し方

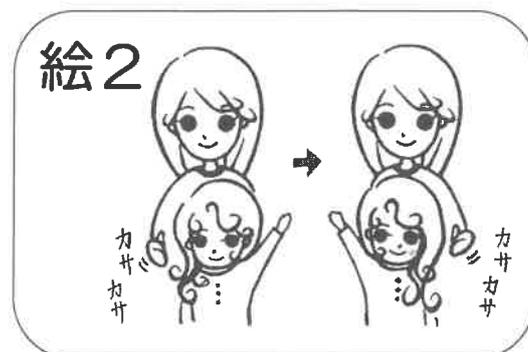
ささやき声は、息を出すだけの感じで、ないしょ話のようにささやきます。普通の声は、のど（のどぼとけ）に手をあてたとき、指に振動が感じられますが、ないしょ話のようにささやくと振動は感じません。この状態が、ささやき声です。



2. 指こすりによる検査 ————— 絵2

☆この検査は、カサカサした音が聞こえるかどうかの検査です☆

- ① 保護者の方は、お子さんの後ろに位置します。
- ② 保護者の方は、お子さんの耳の真横5cmくらいのところで、十分に乾かした状態の親指と人さし指を5～6回こすります。
- ③ お子さんに「カサカサ」した音が聞こえたら、手を上げるように教えてあげてください。
- ④ 最初は右、次に左というように、交互に行います。

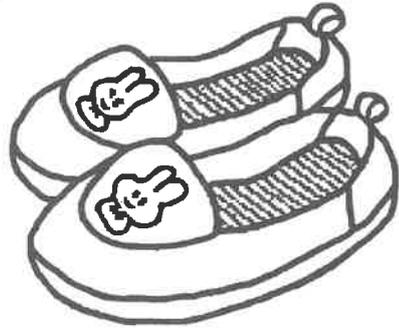


絵シート

いぬ



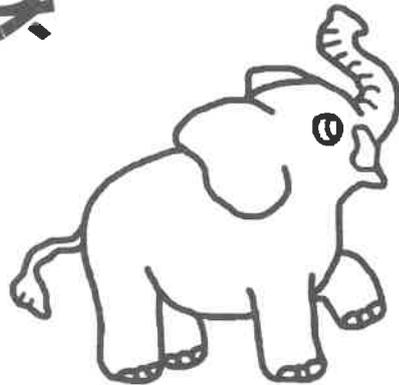
おむつ



かさ



ぞう



ねこ



いす

