

3歳児健診問診票

お子さんのお名前	生年月日	年	月	日
----------	------	---	---	---

お子さんの生活についてお聞かせください

- ・ 食事では特に好き嫌いがありますか？ はい いいえ
- ・ 自分で食べることはできますか？ はい いいえ
- ・ 朝食は毎日食べていますか？ はい いいえ
- ・ 夜間はぐっすり寝ていますか？ はい いいえ
- ・ 昼寝をすることはありますか。 はい いいえ
- ・ トイレで排泄ができるようになっていきますか。 はい いいえ
- ・ トイレを教えてくださいか？ はい いいえ
- ・ アレルギー症状は出たことはありますか？ はい いいえ

アレルギー症状を起こすものを具体的に教えてください。

お子さんの日常の行動についてうかがいます。

- 短い文章を話しますか？ はい いいえ
- 自分の名前や年齢を言うことができますか？ はい いいえ
- 周囲の大人の話を理解し、簡単な質問に答えられますか？ はい いいえ
- 片足ジャンプができますか？ はい いいえ
- ボールを投げたりけったりできますか？ はい いいえ
- ほかの子と一緒遊ぶことができますか？ はい いいえ
- 自分の意思や気持ちを言葉で伝えることができますか？ はい いいえ
- ごっこ遊びをすることがありますか？ はい いいえ
- えんぴつなどで丸や線を描くことができますか？ はい いいえ
- はさみをつかうことができますか？ はい いいえ
- パズルやブロックで遊ぶことができますか？ はい いいえ

* ご質問などありましたらご自由にお書きください