

Questionnaire on Health Checkup for 3-Year-and-6-Month-Old Child
 (Please fill out and bring it to the checkup.)

Kana Reading Name of Child	(Male/ Female)	(Your 1 st / 2 nd / 3 rd / ___ child)	Date of Birth
Address	Ayase-shi	Phone Number ()	
* Please answer the following questions about your child since he/she was born.			
1	Has your child had any serious illness?	Yes / No (Name of Illness _____)	
2	Has your child had any of the following infectious diseases?	No / Yes (Rubella / Chickenpox / Pertussis / Mumps / Measles)	
3	Has your child seen a doctor for any of the following accident or injury since the age of two?	No / Yes (Falling down / Bruise / Cut / Accidental ingestion / Drowning / Traffic accident)	
* Please answer the following questions about your child's development.			
1	Does your child go up the stairs with alternating steps without holding hands?		Yes / No
2	Can your child imitate you drawing a circle?		Yes / No
3	Does your child say a sentence such as "Papa kaisha itta (papa went to work)"?		Yes / No
4	Does your child play with friends away from mother provided that mother is around?		Yes / No
5	Does your child try to do anything by himself/herself although he/she is still incapable on his/her own?		Yes / No
6	Is your child toilet trained?		Yes / No
7	When does your child eat breakfast?		(at _____)
8	How many times a day does your child have snacks? What kind of snacks does he/she have? What does your child often drink?	(Snacks / Ice creams / Yogurts / Fruit / Candy and Chocolate) (Barley tea / Water / Milk / Lactic acid beverages / Juice / Sports drink)	(times/day)
9	How do you brush your child's teeth?	Your child brushes his/her teeth by himself/herself. Parents do follow-up brushing.	Yes / No Yes / No
10	Do you have any concerns about your child's habit?		No / Yes
11	Do you often get tired of parenting as it is too hard for you?		No / Yes
12	Do you have anyone who helps you raise your child? Yes (Spouse / Parents on paternal side / Parents on maternal side / others) / No		
13	If you have any concerns or something to consult with us, please describe the details below.		

3歳6か月児健診アンケート（記入してお持ちください。）

フリガナ 児の氏名	(男・女) 第 子	年 月 日生
住 所	綾瀬市	電話 ()
* お子さんのこれまでの状況についておたずねします。		
1	何か大きな病気をしましたか。	はい・いいえ (病名)
2	次の感染症にかかりましたか。	いいえ・はい (風しん・水痘・百日咳・おたふく・麻しん)
3	2歳以降、以下の事故やケガで医療機関に受診しましたか。	いいえ・はい (転倒・打撲・切り傷・誤飲・溺水・交通事故)
* お子さんの最近の状況についておたずねします。		
1	手をつながずに、足を交互に階段を一段ずつのぼりますか。	はい・いいえ
2	まねをして丸を書きますか。	はい・いいえ
3	「パパ カイシャ イッタ」などのお話をしますか。	はい・いいえ
4	お母さんがそばにいれば、お母さんから離れて友達と遊びますか。	はい・いいえ
5	うまくできなくても何でも自分でやりたがりますか。	はい・いいえ
6	トイレトレーニングは終了しましたか。	はい・いいえ
7	朝食は何時に食べていますか。	(時)
8	おやつは一日何回食べますか。	(回)
	どんなものを食べていますか。(スナック菓子・アイス類・ヨーグルト類・果物・あめ、チョコ)	
	主に飲む水分は何ですか。(麦茶・水・牛乳・乳酸飲料・ジュース類・スポーツ飲料)	
9	歯磨きはどのようにしていますか。	お子さん一人でする。 はい・いいえ 親が仕上げをする。 はい・いいえ
10	気になるくせがありますか。	いいえ・はい
11	育児が大変で嫌になることがたびたびありますか。	いいえ・はい
12	育児を手伝ってくれる人はいますか	いる (夫・父方父母・母方父母・その他)・いない
13	何か気になる事や相談したい事があればご記入ください。	