

Questionario para la revisión médica para niños de 3 años 6 meses (tráigalo contestado.)

Cómo se lee Nombre del niño(a)	(Hombre/Mujer)	(Primer/ Segundo/Tercer hijo(a))	Nacido(a) el día	de	del
Dirección	Ciudad de Ayase	Teléfono	()	
* Voy a hacer preguntas sobre la situación de su hijo(a) hasta la fecha.					
1	¿Ha sufrido alguna enfermedad importante?	Sí/ No (Nombre de la enfermedad)		
2	¿Ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades infecciosas?	No/ Sí (Rubeola/ varicela/ tos ferina/ paperas/ sarampión)			
3	¿Ha sufrido algún accidente que ameritó atención en un establecimiento médico después de cumplir 2 años?	No/ Sí (Caída/ golpe/ herida/ ingestión de objeto extraño/ ahogamiento/ accidente de tránsito)			
* Voy a hacer preguntas sobre la situación de su hijo(a) en los últimos meses.					
1	¿Sube escaleras de uno en uno alternando los pies sin agarrar la mano de alguien?			Sí/ No	
2	¿Dibuja un círculo imitando?			Sí/ No	
3	¿Habla? Por ejemplo, "Papá fue al trabajo".			Sí/ No	
4	Si la madre está cerca, ¿se aleja de la madre y juega con sus amigos?			Sí/ No	
5	¿Quiere hacer todas las cosas solo, aunque no pueda hacerlo bien?			Sí/ No	
6	¿Ya dejó el pañal?			Sí/ No	
7	¿A qué hora desayuna?			(A las)
8	¿Cuántas meriendas hace al día?			(veces)
	¿Qué come?	(Boquitas/ helados/ yogures/ frutas/ caramelos/ chocolate)			
	¿Cuál es el líquido que bebe usualmente para hidratarse?	(Té de cebada/ agua/ leche de vaca/ bebida probiótica/ jugos/ bebida deportiva)			
9	¿Cómo cepilla los dientes?	Cepilla solo		Sí/ No	
		Un adulto cepilla al final		Sí/ No	
10	¿Tiene algún hábito que le preocupa?			No/ Sí	
11	¿Frecuentemente detesta el cuidado de su hijo(a) porque es demasiado trabajo?			No/ Sí	
12	¿Hay alguien que ayude el cuidado del hijo(a)?	Sí (esposo/ padres paternos/ padres maternos/ otros)/ No			
13	Escriba si tiene alguna inquietud o consulta.				

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・麻疹)
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。	