

**Khảo sát sức khỏe trẻ 3 tuổi rưỡi (Vui lòng điền thông tin và cảm theo)**

Furigana Tên của bé		(Nam/Nữ) (Con thứ )	Sinh ngày	tháng	năm
Địa chỉ	Thành phố Ayase		Điện thoại	( )	
<b>*Khảo sát về tình trạng của bé tới bây giờ</b>					
1	Bé đã từng bị bệnh nặng nào chưa?	Có/Không (Tên bệnh )			
2	Bé đã từng mắc các bệnh truyền nhiễm sau?	Có/Không (Sởi/Thuỷ đậu/Ho gà/Quai bị/Sốt phát ban)			
3	Từ sau 2 tuổi, bé đã từng bị tai nạn hoặc bị thương nên phải khám tại cơ sở y tế chưa?	Không/Có (Ngã/Bầm tím/Bị thương /Hóc dị vật/Đuối nước/Tai nạn giao thông)			
<b>*Khảo sát về tình trạng của bé gần đây</b>					
1	Bé có thể bước lên bậc thang từng bước một mà không cần bám tay?	Có/Không			
2	Bé có bắt chước vẽ hình tròn không?	Có/Không			
3	Bé có nói “Bố, công ty, đau” không?	Có/Không			
4	Khi có mẹ bên cạnh, bé có rời mẹ để chơi với bạn không?	Có/Không			
5	Dù chưa giỏi nhưng bé có cái gì cũng muốn tự làm không?	Có/Không			
6	Bé đã luyện bỏ bỉm và đi vệ sinh được chưa?	Rời/Chưa			
7	Bé ăn sáng lúc mấy giờ?	( ) giờ)			
8	Một ngày bé ăn bữa phụ mấy lần?	( ) lần)			
	Bé thường ăn gì?	(Bim bim/Các loại kem/Các loại sữa chua/Hoa quả/Kẹo, sô cô la)			
	Bé uống nước gì chủ yếu?	(Trà yến mạch/Nước/Sữa bò/Đồ uống từ sữa/Các loại nước ép/Đồ uống thể thao)			
9	Việc đánh răng của bé như thế nào?	Tự đánh răng một mình	Có/Không		
		Bố mẹ chải lại răng sau cùng	Có/Không		
10	Bạn có lo lắng về thói quen nào của bé?		Không/Có		
11	Đôi khi bạn có cảm thấy việc chăm con vất vả và thấy chán ghét không?		Không/Có		
12	Có ai giúp đỡ bạn chăm sóc bé không?				
		Có (Chồng/Bố mẹ chồng/Bố mẹ đẻ/Người khác)/Không có ai			
13	Hãy ghi điều bạn lo lắng hoặc muốn được tư vấn.				

### 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。	