

Questionnaire on Development Counseling for 5-Year-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	()
Enrollment:	Kindergarten / Nursery School (class) / Not enrolled		
* 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	Do you have any concerns about the result of the past checkups? (If yes, please specify:	Yes / No)
* Please answer the following questions about your child's development.			
1	Can your child skip?	Yes / No	
2	Can your child play on a swing without being pushed?	Yes / No	
3	Can your child hop on one foot?	Yes / No	
4	Can your child play in groups?	Yes / No	
5	Can your child draw a square while looking at an example?	Yes / No	
6	Can your child tell who won in Rock Paper Scissors?	Yes / No	
7	Can your child read his/her own name?	Yes / No	
8	Can your child button/unbutton clothing?	Yes / No	
9	Is your child shy around strangers?	Yes / No	
10	Can your child defecate in the toilet by himself/herself?	Yes / No	
11	Do you have any concerns about your child's pronunciation?	Yes / No	
12	Does your child have regular life-style?	Yes / No	
	(Getting up at / Having breakfast at / Having snacks at / Having dinner at / Going to bed at)		
13	How long in a day does your child watch media such as TV, tablet, game, etc.?	()	hours/day)
14	Is your child particular about things?	No / Yes	
15	10 Do you have any concerns about your child's habit?	No / Yes	
16	11 Do you often get tired of parenting as it is too hard for you?	No / Yes	
17	Do you have anyone to consult with about raising a child?	Yes / No	
18	If you have any concerns or something to consult with us, please describe the details below.	Yes / No	
[]			

Signature by Public Health Nurse ()

I hereby agree that the information related to this counseling shall be informed to schools or other agencies concerned so that a guardian may be able to raise a child with peace of mind.

(Year) (Month) (Day)

To the Mayor of Ayase City

Name _____

Relation to Child (Father / Mother)

5歳児発達相談アンケート（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	()		
所属：	幼稚園・保育園	(組)	／ 所属なし
* 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	今までの健診で心配なことはありましたか。	はい・いいえ	(はいの場合)	
* お子さんの最近の状況についておたずねします。				
1	スキップができるようになりましたか。	はい・いいえ		
2	ブランコをこげますか。	はい・いいえ		
3	片足ケンケンができますか。	はい・いいえ		
4	お友達と集団で遊べますか。	はい・いいえ		
5	お手本を見ながら四角形が書けますか。	はい・いいえ		
6	じゃんけんの勝敗がわかりますか。	はい・いいえ		
7	自分の名前が読めますか。	はい・いいえ		
8	ボタンのかけはずしができますか。	はい・いいえ		
9	人見知りがありますか。	はい・いいえ		
10	うんちがひとりでトイレでできますか。	はい・いいえ		
11	発音で気にあることはありますか。	はい・いいえ		
12	生活リズムは決まっていますか。	はい・いいえ		
	(起床 時、朝食 時、おやつ 時・ 時、夕食 時、就寝 時)			
13	メディア（テレビやタブレット、ゲーム等）を一日どのくらい見えていますか。		(時間)	
14	こだわりが強いと感じることはありますか。	いいえ・はい		
15	気になるくせがありますか。	いいえ・はい		
16	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		
17	育児に関して相談できる人がいますか。	はい・いいえ		
18	何か気になる事や相談したい事がありますか。	はい・いいえ		
[]				

保健師サイン ()

保護者が安心して子育てをしていくことができるよう、相談に携わる情報を学校や関係機関等へ連絡することに同意します。

令和 年 月 日

綾瀬市長様 氏名 _____ 続柄 (父・母)