

Cuestionario para la consulta sobre el desarrollo para niños de 5 años  
(tráigalo contestado.)

Cómo se lee Nombre del niño(a)	(Hombre/Mujer)	(Primer/ Segundo/Ter cer hijo(a))	Nacido(a) el día	de	del
Dirección:		Ciudad de Ayase	Teléfono	(	)
Pertenece a: Preescolar/Guardería de		(Aula	)	/ No pertenece	
* 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	¿Le ha preocupado algo en las revisiones médicas anteriores?		Sí/ No		
	(Si respondió Sí, describa				)
* Voy a hacer preguntas sobre la situación de su hijo(a) en los últimos meses.					
1	¿Ya puede hacer salto de indio?		Sí/ No		
2	¿Puede subir al columpio?		Sí/ No		
3	¿Puede saltar con un pie?		Sí/ No		
4	¿Puede jugar con sus amigos en grupo?		Sí/ No		
5	¿Puede dibujar un rectángulo viendo un modelo?		Sí/ No		
6	¿Sabe cuándo gana y pierde en el juego de piedra papel y tijera?		Sí/ No		
7	¿Puede leer su nombre?		Sí/ No		
8	¿Puede abrochar y desabrochar botones?		Sí/ No		
9	¿Es tímido(a) con desconocidos?		Sí/ No		
10	¿Puede hacer deposiciones solo en el inodoro?		Sí/ No		
11	¿Le preocupa algo sobre su pronunciación?		Sí/ No		
12	¿Tiene un ritmo de vida establecido?		Sí/ No		
	(Levantarse a las				, Desayuno a las
					, Merienda a las
					, Cena a las
					, Acostarse a las
13	¿Cuántas horas al día mira los medios (televisión, Tablet, juego, etc.)?				)
			(		horas)
14	¿Alguna vez siente que es bastante obsesivo(a)?		No/ Sí		
15	¿Tiene algún hábito que le preocupa?		No/ Sí		
16	¿Frecuentemente detesta el cuidado de su hijo(a) porque es demasiado trabajo?		No/ Sí		
17	¿Tiene con quien consultar sobre el cuidado del hijo(a)?		Sí/ No		
18	¿Tiene alguna inquietud o consulta?		Sí/ No		
[					

Firma de enfermero(a) de salud pública ( )

Doy mi consentimiento para brindar la información de las consultas a la escuela e instituciones relacionadas para que pueda seguir cuidando a mi hijo(a) con tranquilidad como tutor.

Día de del

A: Alcalde Municipal de Ayase

Nombre \_\_\_\_\_

Parentesco (Padre/ Madre)

## 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)