

## Questionário – Consulta sobre desenvolvimento da criança de 5 anos (trazer preenchido)

Leitura em Kana Nome da criança	(M / F)	Ordem de nascimento da criança (___)	Data de Nascimento Ano    Mês    Dia
Endereço: Cidade de Ayase,		Telefone    (    )	
Matricula em:		Jardim da Infância / Creche (grupo    ) / Sem matrículas	
<b>*Perguntas sobre as condições da criança até o momento.</b>			
1	Alguma vez já teve alguma doença grave?	Sim / Não (diagnóstico    )	
2	Já teve alguma preocupação nos exames passados? (Se sim, descrever	Sim / Não    )	
<b>*Perguntas sobre as condições recentes da criança.</b>			
1	Consegue pular (fazer skip)?		Sim / Não
2	Consegue brincar no balanço?		Sim / Não
3	Consegue pular com um só pé?		Sim / Não
4	Consegue brincar junto com os amigos?		Sim / Não
5	Consegue desenhar um quadrado/retângulo imitando algum modelo?		Sim / Não
6	Consegue jogar pedra-papel-tesoura? E saber quem ganhou ou perdeu?		Sim / Não
7	Consegue ler seu próprio nome?		Sim / Não
8	Consegue realizar atividade de abotoar e dasabotoar?		Sim / Não
9	É tímido? Escolhe as pessoas?		Sim / Não
10	Consegue fazer cocô sozinho no banheiro?		Sim / Não
11	Tem algo que incomode na pronúncia?		Sim / Não
12	Possui ritmo diário definido? (acorda às__horas, refeição da manhã às__horas, lanche às__horas, jantar às__horas, dorme às__horas)		Sim / Não
13	Quanto tempo a criança assiste mídias (TV, tablet, jogos, etc.)	(          )	horas)
14	A criança tem exigências excessivas?		Não / Sim
15	Tem algum hábito que incomoda?		Não / Sim
16	Tem vezes que acha trabalhoso e não quer mais cuidar da criança?		Não / Sim
17	Tem alguém para consultar ou ajudar nos cuidados da criança?		Sim / Não
18	Tem algo que se preocupe ou queira consultar?		Sim / Não
[          ]			

Assinatura - Assistente de Saúde Pública (          )

Para que os pais ou responsável possam criar a criança com tranquilidade, concordo em comunicar as informações das consultas para escolas e instituições relacionadas.

Ano    Mês    Dia

Ao prefeito da cidade de Ayase

Nome \_\_\_\_\_

relação familiar (pai / mãe)

## 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)