

Khảo sát trao đổi về sự phát triển của trẻ 5 tuổi (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		SĐT	()	
Trường học: Mẫu giáo/Nhà trẻ		(Lớp:)	/Chưa đi học	
*Khảo sát về tình trạng của bé tới bây giờ				
1	Bé đã từng mắc bệnh nặng nào không?	Có/Không	(Tên bệnh)	
2	Cho tới bây giờ, bạn đã từng lo lắng khi kiểm tra sức khoẻ của bé không? (Nếu trả lời Có)	Có/Không		
* Khảo sát về tình trạng của bé gần đây				
1	Bé có thể nhảy lò cò không?	Có/Không		
2	Bé có đu xích đu không?	Có/Không		
3	Bé có nhảy lò cò bằng 1 chân không?	Có/Không		
4	Bé có thể chơi với bạn theo nhóm không?	Có/Không		
5	Bé có thể vừa nhìn mẫu vừa vẽ hình tứ giác không?	Có/Không		
6	Bé có biết chơi thắng thua oẳn tù tì không?	Có/Không		
7	Bé có biết đọc tên mình không?	Có/Không		
8	Bé có thể mở, đóng cúc không?	Có/Không		
9	Bé có hay lạ người không?	Có/Không		
10	Bé có thể tự đi đại tiện một mình không?	Có/Không		
11	Bạn có lo lắng gì về phát âm của bé không?	Có/Không		
12	Bé có nếp sinh hoạt không? (Thức dậy giờ, ăn sáng giờ, bữa phụ giờ/ giờ, ăn tối giờ, đi ngủ giờ)	Có/Không		
13	Thời gian xem (tivi, máy tính bảng, chơi game...) của bé một ngày khoảng bao lâu? (tiếng)			
14	Bạn có cảm thấy bé rất kén chọn không?	Không/Có		
15	Bạn có lo lắng về thói quen nào của bé?	Không/Có		
16	Bạn có thường thấy việc chăm sóc bé vất vả và chán ghét không?	Không/Có		
17	Bạn có ai để thảo luận về việc chăm sóc trẻ không?	Có/Không		
18	Bạn có gì lo lắng hoặc muốn được tư vấn không?	Có/Không		
[]				

Chữ ký nhân viên chăm sóc sức khỏe cộng đồng ()

Tôi đồng ý gửi các thông tin tư vấn tới trường học hoặc các tổ chức liên quan để người giám hộ có thể yên tâm chăm sóc trẻ

Ngày tháng năm

Kính gửi Thị trường thành phố Ayase Ho tên _____

Mối quan hệ (Bố/Mẹ)

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)