

5 歳児健康診査受診票①

05101

下記の要領で記載し当日ご持参下さい。記入情報は個人が特定されない方法で統計・調査研究等に活用することがあります。

・数字の記入例 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

・ の欄は右詰で、空白欄には 0 を記入して下さい。 例： 0 9

・あてはまる ○ を全て鉛筆で塗りつぶして下さい。 良い例： 悪い例：

・該当欄に記入して下さい。

TEL

E-mail

生年月日(年月日齢)： (歳 カ月 日) 性別：

記入者 母 父 その他 ()

※ 5 歳の誕生日～ 5 歳 5 カ月 30 日の間に受診して下さい。

第 子

運動発達	1 片足で 5 秒以上、立つことができますか。	☐ はい	☐ いいえ
	2 ボタンのかけはずしができますか。	☐ はい	☐ いいえ
	3 お手本を見て四角が書けますか。	☐ はい	☐ いいえ
目・耳・発音	4 はっきりした発音で話ができますか。 (力行・サ行がタ行に置き換わったり、不明瞭な発音がありませんか)	☐ はい	☐ いいえ
	5 目のことで気になる症状はありますか。	☐ はい	☐ はい
	6 聞き間違いが多いですか。	☐ はい	☐ はい
神経発達	7 しりとりができますか。	☐ はい	☐ いいえ
	8 じゃんけんの勝ち負けがわかりますか。	☐ はい	☐ いいえ
	9 言葉で自分の要求や気持ちを表し、会話をすることがうまくできますか。	☐ はい	☐ いいえ
情緒・行動	10 カッとなったり、かんしゃくをおこしたりする事がよくありますか。	☐ はい	☐ はい
	11 注意しても全く聞かないですか。	☐ はい	☐ はい
	12 長い時間でも、落ち着いてじっとしていることができますか。	☐ はい	☐ いいえ
	13 すぐに気が散りやすく、注意を集中できないですか。	☐ はい	☐ はい
	14 順番を待つことが出来ますか。	☐ はい	☐ いいえ
	15 ルールに従って遊ぶことが苦手ですか。	☐ はい	☐ はい
	16 生活や遊びの中で特定の物や動作にこだわりが強いと感じますか。	☐ はい	☐ はい
	17 集団生活では、友達と一緒に遊んだり、行動することができますか。	☐ はい	☐ いいえ
	18 自分からすすんでよく他人を手伝いますか。(親・先生・子どもたちなど)	☐ はい	☐ いいえ
	19 頭がいたい、お腹がいたい、気持ちが悪いなどと、よく訴えますか。	☐ はい	☐ はい
生活習慣	20 一人でいるのが好きで、一人で遊ぶことが多いですか。	☐ はい	☐ はい
	21 友達と協力しあう遊びができますか。(砂で一つの山を作るなど)	☐ はい	☐ いいえ
	22 外で体を動かす遊びをしますか。	☐ はい	☐ いいえ
	23 朝食を毎日食べますか。	☐ はい	☐ いいえ
	24 ふだん大人を含む家族と一緒に食事を食べますか。	☐ はい	☐ いいえ
	25 保護者が、毎日、仕上げ磨きをしていますか。 ☐ 仕上げ磨きをしている ☐ 保護者だけで磨いている ☐ こどもだけで磨いている ☐ こどもも保護者も磨いていない		
	26 うんちをひとりでしますか。	☐ はい	☐ いいえ
	27 5 歳になる前までに受ける予防接種は終了していますか。	☐ はい	☐ いいえ
子育ての状況	28 お子さんにテレビ・スマートフォン等を見せる時間は 1 日どれくらいですか。 ☐ 見せていない ☐ 2 時間未満 ☐ 2 時間以上		
	29 寝る直前にテレビや動画を観ますか。	☐ はい	☐ はい
	30 お子さんの睡眠で困っていることがありますか。	☐ はい	☐ はい
	31 今までに医師から以下の病気といわれたことがありますか。 ☐ アレルギー性鼻炎 ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 喘息 ☐ 食物アレルギー ()		
	32 家庭内にたばこを吸う人がいますか。 ☐ はい ☐ はい (具体的に：)		
	33 あなたご自身の睡眠で困っていることはありますか。 ☐ はい ☐ はい ☐ はい		
	34 あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。 ☐ はい ☐ はい ☐ なんとかいえない		
	35 あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。 ☐ 感じない ☐ 時々感じる ☐ いつも感じる		
	36 (前の設問で「いつも感じる」もしくは「時々感じる」と回答した人に対して、) 育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。 ☐ はい ☐ いいえ		
	37 子育てにおいて「もう無理」「誰か助けて」と感じたことはありますか。 ☐ まったくない ☐ ほとんどない ☐ 時々ある ☐ いつもある		
子育ての状況	38 子育てについて気軽に相談できる人やサポートしてくれる人はいますか。 ☐ 友人 ☐ きょうだい ☐ 近所の人 ☐ 区役所 ☐ 医療機関 ☐ 保育園等 ☐ 配偶者 ☐ 義父母 ☐ 実父母 ☐ 育児書 ☐ その他 ☐ いない		
	39 この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。 ☐ 思う ☐ どちらかといえば思う ☐ どちらかといえば思わない ☐ 思わない		
	40 現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。 ☐ 大変ゆとりがある ☐ ややゆとりがある ☐ 普通 ☐ やや苦しい ☐ 大変苦しい		
	41 お子さんが大人同士のけんかや暴力を目撃することはありますか。 ☐ はい ☐ いいえ ☐ はい		
子育ての状況	42 この数か月の間にご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるもの全ての○を塗りつぶして下さい。 ☐ しつけのし過ぎがあった ☐ 感情的に叩いた ☐ 乳幼児だけを家に残して外出した ☐ 長時間食事を与えなかった ☐ 感情的な言葉で怒鳴った ☐ いずれも該当しない		
	43 子育てについて、あなたの気持ちをあらわしているのはどれですか。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		

折曲厳禁

(請求用：医療機関→神戸市)

This sheet is NOT a response form.

Please use this sheet for reference when filling out the medical examination form.

5-Year-Old Health Examination Registration Form No. ①

* Please bring your child in for a checkup between their 5th birthday and 30 days after that.

Please fill out this form and bring it with you on the day of the examination. The information you provide may be used, without identifying you personally, for statistical and research purposes.

Please write all numbers aligned to the right and write a “0” in any leftover boxes (e.g. 09). Please completely fill in the circle for the applicable response using a pencil.

Please indicate the order in which your child was born into the family (first-born = 01, etc.)

If the person filling out the form is the mother, please choose “Mother. (母)” If it is the father, please choose “Father. (父)” If neither of these apply, please select “Other.(その他)”

1 If your child can stand on one leg for 5 seconds or longer, select “Yes. (はい)” If not, select “No. (いいえ)”
2 If your child can button and unbutton their clothes by themselves, select “Yes.(はい)” If not, select “No.(いいえ)”
3 If your child can draw a square using a reference image, select “Yes.(はい)” If not, select “No.(いいえ)”
4 If your child can speak clearly, select “Yes.(はい)” If not, select “No.(いいえ)”
5 If you have any concerns about your child’s eyes, please select “Yes.(はい)” If not, please select “No.(いいえ)”
6 If your child often mishears what people say, select “Yes.(はい)” If not, please select “No.(いいえ)”
7 If your child can play the word chain game (shiritori), select “Yes. (はい)” If not, select “No. (いいえ)”
8 If your child can understand who wins and who loses in a game of rock-paper-scissors, select “Yes. (はい)” If not, select “No. (いいえ)”
9 If your child can effectively express their requests and feelings in words and can carry a conversation, select “Yes. (はい)” If not, select “No. (いいえ)”
10 If your child often gets angry or throws tantrums, select “Yes. (はい)” If not, select “No. (いいえ)”
11 If there are times when your child doesn’t listen to you at all, even after warning them, select “Yes.(はい)” If not, select “No.(いいえ)”
12 If your child can stay calm and still for a long period of time, select “Yes.(はい)” If not, select “No.(いいえ)”
13 If your child is easily distracted and has trouble concentrating, select “Yes.(はい)” If not, select “No.(いいえ)”

14 If your child can wait their turn, select “Yes. (はい)” If not, select “No. (いいえ)”
15 If your child has difficulty playing by the rules, select “Yes. (はい)” If not, select “No. (いいえ)”
16 If you feel your child has strong fixations on specific objects or actions in daily life or play, select “Yes. (はい)” If not, select “No. (いいえ)”
17 If your child can play and interact with friends in group settings, select “Yes. (はい)” If not, select “No. (いいえ)”
18 If your child often takes the initiative to help parents, teachers, or other children, select “Yes. (はい)” If not, select “No. (いいえ)”
19 If your child often says things like “My head hurts,” “My stomach hurts,” or “I feel sick,” select “Yes. (はい)” If not, select “No. (いいえ)”
20 If your child likes being alone and often plays by themselves, select “Yes. (はい)” If not, select “No. (いいえ)”
21 If your child can play games that involve cooperating with friends, select “Yes. (はい)” If not, select “No. (いいえ)”
22 If your child plays active games outdoors, select “Yes. (はい)” If not, select “No. (いいえ)”
23 If your child eats breakfast every day, select “Yes. (はい)” If not, select “No. (いいえ)”
24 If your family, including adults, usually eat meals together, select “Yes. (はい)” If not, select “No. (いいえ)”
25 Please indicate to what extent a parent or guardian does a final check after their child brushes their teeth. If a parent or guardian helps with the final brushing, select “A parent or guardian helps with the final brushing. (仕上げ磨きをしている)” If only a parent or guardian brushes the child’s teeth, select “Only a parent or guardian brushes the child’s teeth (保護者だけで磨いている).” If the child brushes their own teeth, select “The child brushes their own teeth. (こどもだけで磨いている)” If neither the child nor a parent or guardian brushes the child’s teeth, select “Neither the child nor a parent or guardian brushes the child’s teeth. (こどもも保護者も磨いていない)”
26 If your child can use the toilet by themselves, select “Yes. はい” If not, select “No. いいえ”
27 If the child has completed all recommended vaccinations by the time they turn 5, select “Yes. (はい)” If not, select “No. (いいえ)”
28 Please indicate how much time you allow your child to spend watching TV or using a smartphone each day. If they do not watch TV or use a smartphone, select “None. (見せていない)” If they are allowed less than 2 hours per day, select “Less than 2 hours. (2時間未満)” If they are allowed 2 hours or more per day, select “2 hours or more. (2時間以上)”

29 If your child watches TV or videos right before bed, select “Yes. (はい)” If they do not, select “No. (いいえ)”
30 If you have any concerns about your child’s sleep, select “Yes. (はい)” If not, select “No. (いいえ)”
31 Please list any medical conditions a doctor has diagnosed your child with in the past (if more than one applies, please select all that apply). If your child has been diagnosed with hay fever (allergic rhinitis), please select “Hayfever. (アレルギー性鼻炎)” If your child has been diagnosed with eczema (atopic dermatitis), please select “Eczema. (アトピー性皮膚炎)” If your child has been diagnosed with asthma, please select “Asthma. (喘息)” If your child has been diagnosed with a food allergy, please select “Food Allergy. (食物アレルギー)”
32 If anyone in your household smokes, please select “Yes. (はい)” If not, please select “No. (いいえ)”
33 If you are experience any trouble with your own sleep, please select “Yes. (はい)” If not, please select “No. (いいえ)”
34 If you have time to spend with your child in a relaxed mood, please select “Yes. (はい)” If not, please select “No. (いいえ)” If you can’t say for sure, please select “I can’t say. (なんともいえない)”
35 If you always feel that raising your child is difficult, please select “I always feel that way. (いつも感じる)” If you sometimes feel that raising your child is difficult, please select “I sometimes feel that way. (時々感じる)” If you do not feel that raising your child is difficult, please select “I don’t feel that way. (感じない)”
36 If you selected either “I always feel that way(いつも感じる)” or “I sometimes feel that way (時々感じる)” in Question 35, please answer this question. Do you know where to turn for help when you’re struggling with raising your child? If so, please select “Yes. (はい)” If not, please select “No. (いいえ)”
37 Please indicate if you’ve ever thought “I can’t do this anymore(もう無理)” or “Someone, please help me(誰か助けて)” with regards to raising your child. If never, please select “Never. (まったくない)” If rarely, please select “Rarely. (ほとんどない)” If sometimes, please select “Sometimes. (時々ある)” If always, please select “Always. (いつもある)”
38 Please list the people you feel you can easily consult with or get support from with regards to raising your child (if more than one applies, please select multiple options). Please select “(配偶者)” for your spouse, “(義父母)” for your in-laws, “(実父母)” for your biological parents, “(友人)” for friends, “(きょうだい)” for siblings, “(近所の人)” for neighbors, “(区役所)” for your local ward office, “(医療機関)” for medical institutions, “(保育園等)” for your child’s daycare center, “(育児書)” for parenting books, “(その他)” for other sources, or “(いない)” if there are none.

39 Please indicate whether you would like to continue raising your children in the area that you live in. If you would, select “Yes.(思う)” If you somewhat would, select “Somewhat yes.(どちらかというと思う)” If you somewhat would not, select “Somewhat no.(どちらかというと思わない)” If you would not, select “No.(思わない)”
40 Please tell us about your current financial situation. If you are very wealthy, please select “Very wealthy.(大変ゆとりがある)” If you are somewhat wealthy, please select “Somewhat wealthy.(ややゆとりがある)” If your situation is average, please select “Average.(普通)” If they are struggling somewhat, please select “Struggling somewhat.(やや苦しい)” If they are struggling greatly, select “Struggling greatly.(大変苦しい)”
41 If your child sometimes witnesses arguments or violence between adults, select “Yes.(はい)” If not, select “No.(いいえ)”
42 Please describe what has happened in your household within the past few months (if more than one applies, please select multiple options). If you disciplined your child too harshly, select “I disciplined my child too harshly.(しつけのしすぎがあった)” If you hit your child in the heat of the moment, select “I hit my child in the heat of the moment.(感情的に叩いた)” If you went out leaving only infants or toddlers at home, select “I left only infants or toddlers at home.(乳幼児だけを家に残して外出した)” If you went for a long time without feeding them, select “I did not feed them for a long time.(長時間食事を与えなかった)” If you yelled at them using emotional language, select “I yelled at them using emotional language.(感情的な言葉で怒鳴った)” If none of the above apply, select “None of the above.(いずれも該当しない)”
43 Please select the face that best represents your feelings about parenting. The face on the far left means you are very satisfied. The second face from the left means you are satisfied. The face in the middle means you feel neutral. The second face from the right means you are angry. The face on the far right means you feel sad or distressed.

5 歳児健康診査受診票②

05102

下記の要領で記載し当日ご持参下さい。記入情報は個人が特定されない方法で統計・調査研究等に活用することがあります。

・数字の記入例 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

・の欄は右詰で、空白欄には0を記入して下さい。例： 0 9

・あてはまる○を全て鉛筆で塗りつぶして下さい。良い例： 悪い例： 〇

・該当欄に記入して下さい。

TEL

E-mail

生年月日(年月日齢)：

(歳 カ月 日) 性別：

※ 5 歳の誕生日～5 歳 5 カ月30日の間に受診してください。

家族・通園先・既往歴等

44	週で生まれた。	生まれたときの体重	g				
45	家族構成(受診児から見て)	父	母	きょうだい	祖父	祖母	その他()
46	子育て、就学等に関して心配や不安なことはありますか。(具体的)	〇 ₁ なし	〇 ₂ あり				
47	現在のお子さんの通園先を教えてください。(名称)	〇 ₁ あり	〇 ₂ なし				
48	現在の通園先から、お子さんの成長・発達、集団での様子について何か聞いていますか。(具体的)	〇 ₁ なし	〇 ₂ あり				
49	3 歳児健診で異常等を指摘されましたか。	〇 ₁ いいえ	〇 ₂ はい (〇 内科 〇 耳鼻科 〇 眼科 〇 発達 〇 その他())				
50	3 歳児健診後に一度でも利用等したことがあるものについて教えてください。	〇 医療機関 〇 療育センター 〇 こども家庭センター(児童相談所) 〇 すこやか保育 〇 区役所での個別相談や発達支援に関する教室等の事業 〇 児童発達支援事業所 〇 通級指導教室 〇 その他()					

ここから下の欄は、医療機関が記入します。

計測：	体重	kg	身長	cm
肥満度	(1 : ふとりすぎ 2 : ややふとりすぎ 3 : ふとりぎみ 4 : ふつつ 5 : やせ 6 : やせすぎ)			
診察所見：	1 身体異常 〇 有 () 2 運動機能異常 粗大運動・微細運動等 〇 有 () 3 感覚器・その他の異常 目の異常(眼位・視力等) 〇 有 () 耳の異常(聞こえにくい) 〇 有 () 発音不明瞭 〇 有 () その他(いびき・無呼吸等) 〇 有 () 4 皮膚の異常 湿疹・アトピー性皮膚炎・あざ 〇 有 () その他 〇 有 () 5 理解に関する課題 しりとり・じゃんけん等 〇 有 () 6 情緒・行動 情緒の問題(不安・恐れ等) 〇 有 () 行為の問題(かんしゃく等) 〇 有 () 多動／不注意 〇 有 () 仲間関係の問題 〇 有 () 7 こどもの遊び 外遊び等の体を使う遊び 〇 不適切 () 8 生活習慣 食事の問題 〇 有 () 歯磨きの問題 〇 有 () 排便の問題 〇 有 () 9 その他所見・指導事項			
判定 (身体所見)	〇 ₀ 異常なし 〇 ₁ 要経過観察 〇 ₂ 既医療 〇 ₄ 要紹介 (〇 ₃ 要精密 〇 ₅ 要治療)			
判定 (神経学的所見)	〇 ₀ 異常なし 〇 ₁ 要経過観察(当院・区役所) 〇 ₂ 既医療 〇 ₃ 既療育 〇 ₄ 要紹介 (〇 ₅ 要精密 〇 ₆ 要治療)			
紹介先	〇 医療機関 () 〇 その他 ()			
区役所への連絡事項	要指導・相談 (〇 育児 〇 栄養 〇 歯科 〇 心理) 〇 その他			
健康診査結果は以上のとおりです。 西暦 20 年 月 日				
医療機関名・所在地・医師名・連絡先				

区役所へのFAX 〇₁ 済 〇₂ 未

ここから下の欄は、区役所が記入します。

育児環境等：	1 メディア視聴の問題 〇 有 ()	2 睡眠に関する問題 〇 有 ()
3 養育環境 〇 子育ての不安・疲弊 〇 過度のしつけ、不適切な関り		
4 健康の社会的決定要因 〇 経済的困窮 〇 家族内の喫煙 〇 家族内不和 〇 その他		
支援の必要性の判定 〇 ₁ 問題なし 〇 ₂ 保健師による支援が必要 (〇 育児 〇 栄養 〇 歯科 〇 心理 〇 その他)		

折曲厳禁

(請求用：医療機関→神戸市)

If the abnormality was related to something else, select “Other.(その他)”

50 Please indicate which services you have used at least once since the 3-year-old health checkup (please select all that apply).

For medical institutions, select “Medical Institution(医療機関)” ; for therapeutic education centers, select “Therapeutic Education Center(療育センター)” ; for child guidance centers, select “Child and Family Center (Child Guidance Center) (こども家庭センター(児童相談所)) ” ; for child development support facilities, select “Child Development Support Facility(児童発達支援事業所)” ; for special education classes, select “Special Education Class(通級指導教室)” ; for additional childcare staff at the child’ s daycare center, select “Sukoyaka Childcare(すこやか保育)” ; for consultations at a ward office, select “Individual Consultations at the Ward Office or Programs Related to Developmental Support, such as Classes(区役所での個別相談や発達支援に関する教室等の事業)” ; and for other options, select “Other.(その他) “

◆ Please do not fill out the fields below this point; they are to be completed by the medical institution.

◆

[Assessment (Physical Findings)判定(身体所見)]

The meaning of each assessment is as follows:

“No Abnormalities(異常なし)”

“Requires Follow-up Observation(要経過観察)” .

“Currently Receiving Medical Treatment(既医療)”

“Requires Referral(要紹介)”

If the reason for referral to another institution is for a detailed examination, it will be written as, “Requires Detailed Examination(要精密)” ; if it is for treatment, it will be “Requires Treatment.(要治療)”

◆

[Assessment (Neurological Findings)(判定(神経学的所見))]

The meanings of each assessment are as follows:

“No Abnormalities(異常なし)”

“Requires Follow-up(要経過観察)”

“Currently Receiving Medical Care(既医療)”

“Currently Receiving Therapeutic Care(既療育)”

“Requires Referral(要紹介)”

If the reason for referral to another institution is for a detailed examination, it will be written as, “Requires Detailed Examination(要精密)” ; if it is for treatment, it will be “Requires Treatment.(要治療)”

◆ Please do not fill out the fields below; they will be completed by the ward office.