

1 Year and 6-Month-Old Child Health Checkup Questionnaire

1歳6か月児健康診査問診票

(Please fill this out before the checkup) (健診前に記入してください)

Furigana(Japanese characters) ふりがな	
Full Name 氏名	
<input type="checkbox"/> Boy 男 <input type="checkbox"/> Girl 女	<input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd <input type="checkbox"/> 3rd <input type="checkbox"/> ___ th child 第 ___ 子
Birthdate 生年月日	Y 年 M 月 D 日 (___ Y 歳 ___ M か月 (age))
Mother's Full Name 母の氏名	
Occupation 職業:	Birthdate 生年月日: Y 年 M 月 D 日
Father's Full Name 父の氏名	
Occupation 職業:	Birthdate 生年月日: Y 年 M 月 D 日
Address 住所 (〒 -)	
Phone number 電話番号	
Family Situation 家族状況	Number of family members 家族数 (total) 名
	Please mark ✓ for daytime caregivers. 昼間の保育者に✓を付けてください
	<input type="checkbox"/> Mother 母 <input type="checkbox"/> Father 父 <input type="checkbox"/> Grandfather 祖父 <input type="checkbox"/> Grandmother 祖母 <input type="checkbox"/> Other その他 (_____)
	Please mark ✓ for cohabiting family members. 同居者に✓を付けてください
<input type="checkbox"/> Mother 母 <input type="checkbox"/> Father 父 <input type="checkbox"/> Older Brother 兄 <input type="checkbox"/> Younger Brother 弟 <input type="checkbox"/> Older Sister 姉 <input type="checkbox"/> Younger Sister 妹 <input type="checkbox"/> Grandfather 祖父 <input type="checkbox"/> Grandmother 祖母 <input type="checkbox"/> Other その他 (_____)	
If your child is currently receiving treatment for any illnesses, please specify. 現在通院している病気がありましたら、記入してください。	
Description 内容: _____ Hospital name 病院名: _____ Frequency 頻度: _____	Description 内容: _____ Hospital name 病院名: _____ Frequency 頻度: _____
【1】 Please ✓ the illnesses you've had until now. 今までにかかった病気に✓をつけてください。	
<input type="checkbox"/> Measles 麻疹 <input type="checkbox"/> Chickenpox 水痘 <input type="checkbox"/> Mumps 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> Rubella 風疹 <input type="checkbox"/> Whooping Cough(Pertussis) 百日咳	
【2】 Has your child seen a doctor for any other illnesses or accidents? その他の病気や事故で医師にかかりましたか。	
<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ (Type of illness 病名・Type of accident 事故名 _____)	
【3】 Have you been told anything particular during previous health checkups? 今までの健診で何か言われましたか。	
<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ If "Yes", what were you told? 「はい」の場合は、何と言われましたか? (_____)	
Current nutritional status 現在の栄養状況	Number of meals 食事の回数 _____ times 回/day 日
	Number of snacks おやつ回数 _____ times 回/day 日
	Contents 内容 Drinks 飲み物 (_____) Foods 食べ物 (_____)

	Did your child use a bottle? If yes, until what age? 哺乳瓶はいつまで使っていましたか。 _____ Y歳 _____ Mか月 (age)			
Developmental Progress to Date 現在までの発達の状況	Head control 首すわり	months か月	Sitting up おすわり	months か月
	Crawling ハイハイ	months か月	Started walking 歩き始め	months か月

1 Year and 6-Month-Old Child Health Checkup Questionnaire

1歳6か月児健康診査アンケート

【1】 Can your child walk well on their own? ひとりで上手に歩きますか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
【2】 Does your child scribble? なぐり書きをしますか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
【3】 Does your child use a spoon or fork to eat by themselves? 自分でスプーンやフォークを使って食べますか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
【4】 Does your child respond to "Bring me ○○"? 「○○を持ってきて」に応じますか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
【5】 Does your child point to pictures in a picture book when asked "Which one is the dog?" 「ワンワンどれ?」で絵本の中の絵を指さしますか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
【6】 Does your child say three or more actual words, such as "papa," "mama," or "car"? パパ、ママ、ブーブーなど意味のある言葉を3つ以上話しますか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
【7】 Please write any other words your child can say. 他に言える言葉を書いてください。	
【8】 Does your child play by pushing a toy car or holding a doll? おもちゃの自動車を押ししたり、人形を抱いたりして遊びますか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
【9】 Does your child mimic adult actions, such as brushing hair? 大人のしぐさのまね（髪をとかすなど）をしますか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
【10】 When experiencing pain or sadness, does your child cling to familiar people, such as their mother? 痛い思いをしたり悲しい時、お母さんなどなじみのある人にしがみつきますか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
【11】 Have you ever noticed any unusual eye movements or appearances? 目つきや目の動きがおかしいと思ったことはありますか。	<input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> Yes はい
【12】 When you approach quietly and call them in a whisper, does your child turn around? そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きませんか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
【13】 Are you brushing their teeth everyday? 歯を毎日磨いてあげていますか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
【14】 Until recently, have you continued breastfeeding in the night? 夜間の授乳は最近まで続いていますか。	<input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> Yes はい
【15】 Do they have a set meal time? 食事時間は決まっていますか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
【16】 Do they eat together with the adults? 食事は大人と一緒に食べていますか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
【17】 Does your child sometimes keep food in their mouth for a long time or swallow without chewing? 食べ物をいつまでも口に含んでいたり、かまわずに飲み込むことがありますか。	<input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> Yes はい
【18】 Do you have any concerns regarding meals? 食事に関する心配がありますか。	<input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> Yes はい
【19】 Does the mother enjoy being with their children? お母さんは、子どもと一緒にいて楽しいですか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
【20】 Is the father helpful when it comes to parenting? お父さんは、育児に協力的ですか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ

【21】 If there are any other concerns you may have or things you would like to consult about, please specify them. その他、何か気になることや相談したいことがあれば記入してください。

* This questionnaire will not be used for purposes other than maternal and child health services.
* この問診票は、母子保健事業以外の目的では使用しません。