

# 3岁・3岁零6个月儿童健康检查问诊表

## 3歳児/3歳6か月児健康診査問診票

(请在检查前填写) (健診前に記入してください)

注音假名 ふりがな	
姓名 氏名	
<input type="checkbox"/> 男 男 <input type="checkbox"/> 女 女	第 ___ 子 第 子
出生年月日 生年月日	年 年 月 月 日 日 ( ___ 岁 歳 ___ 个月 かげつ)
母亲姓名 母の氏名	
职业 職業:	出生年月日 生年月日: 年 年 月 月 日 日
父亲姓名 父の氏名	
职业 職業:	出生年月日 生年月日: 年 年 月 月 日 日
住址 住所 (〒 - )	
电话号码 電話番号	
家庭状况 家族状况	家庭成员人数 家族数 _____ 人 名
	请在白天照顾孩子的人员处画 ✓。昼間の保育者に✓を付けてください
	<input type="checkbox"/> 母亲 母 <input type="checkbox"/> 父亲 父 <input type="checkbox"/> 祖父 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 祖母 <input type="checkbox"/> 其他 其他 ( _____ )
	居住在一起的人员处画 ✓。同居者に✓を付けてください
	<input type="checkbox"/> 母亲 母 <input type="checkbox"/> 父亲 父 <input type="checkbox"/> 哥哥 兄 <input type="checkbox"/> 弟弟 弟 <input type="checkbox"/> 姐姐 姉 <input type="checkbox"/> 妹妹 妹 <input type="checkbox"/> 祖父 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 祖母 <input type="checkbox"/> 其他 其他 ( _____ )
如果有正在治疗中的疾病, 请填写。 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。	
内容 内容: _____ 医院名称 病院名: _____ 就诊频次 頻度: _____	内容 内容: _____ 医院名称 病院名: _____ 就诊频次 頻度: _____
【1】请在曾经患过的疾病处打 ✓。今までにかかった病気に✓をつけてください。	
<input type="checkbox"/> 麻疹 麻疹 <input type="checkbox"/> 水痘 水痘 <input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 风疹 風疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 百日咳	
【2】因其它疾病或事故就诊过吗? その他の病気や事故で医師にかかりましたか。	
<input type="checkbox"/> 有 はい <input type="checkbox"/> 没有 いいえ (病名 病名・事故名称 事故名 _____ )	
【3】至今孩子接种过的疫苗请打 ✓。今までに受けた予防接種に✓をつけてください。	
卡介苗 (BCG) BCG <input type="checkbox"/> 接种 済 <input type="checkbox"/> 未接种 未	水痘 水痘 <input type="checkbox"/> 1剂 1回 <input type="checkbox"/> 2剂 2回
四联 四種混合 <input type="checkbox"/> 1剂 1回 <input type="checkbox"/> 2剂 2回 <input type="checkbox"/> 3剂 3回 <input type="checkbox"/> 加强 追加 <input type="checkbox"/> 未接种 未	
小儿用肺炎球菌 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 1剂 1回 <input type="checkbox"/> 2剂 2回 <input type="checkbox"/> 3剂 3回 <input type="checkbox"/> 4剂 4回	
HIB (B型流感嗜血杆菌) ヒブ (インフルエンザ菌b型) <input type="checkbox"/> 1剂 1回 <input type="checkbox"/> 2剂 2回 <input type="checkbox"/> 3剂 3回 <input type="checkbox"/> 4剂 4回	
麻疹・风疹 (联合) 麻疹・風疹 (混合) <input type="checkbox"/> 1剂 1回	

麻疹 (单独) 麻疹 (单独)	<input type="checkbox"/> 1剂 1回	风疹 (单独) 風疹 (单独)	<input type="checkbox"/> 1剂 1回
流行性乙型脑炎 日本脑炎	<input type="checkbox"/> 1剂 1回	<input type="checkbox"/> 2剂 2回	<input type="checkbox"/> 未接种 未
乙型肝炎 B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1剂 1回	<input type="checkbox"/> 2剂 2回	<input type="checkbox"/> 3剂 3回

**【4】** 以前的健康检查时，有告知您什么了吗？いままでの健診で何か言われましたか。

有 はい  没有 いいえ

“有”的情况时，告知您的是什么呢？「はい」の場合は、何と言われましたか？（\_\_\_\_\_）

## 3岁零6个月儿童健康检查调查表

### 3歳6か月児健康診査アンケート

<b>【1】</b> 是否可以在不牵手的情况下，双腿交替着上楼梯？ <small>手をつながずに、足を交互に出して階段を上れますか。</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
<b>【2】</b> 是否可以模仿画圆圈？ <small>まねをして○が描けますか。</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
<b>【3】</b> 是否可以使用“爸爸、公司、去了”等三个单词组成的会话？ <small>「パパ、カイシャ、イッタ」等の3語文で会話ができますか。</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
<b>【4】</b> 是否可以离开妈妈，和小朋友玩耍？ <small>お母さんから離れて、友達と遊ぶことができますか。</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
<b>【5】</b> 即使做得不好，如果帮助的话会生气，任何事情都想自己做吗？ <small>うまくできなくても、手伝うと怒るなど何でも自分でやりたいですか。</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
<b>【6】</b> 是否会把积木当作列车或房屋来玩耍？ <small>積み木などを電車や家にみたくて遊びますか。</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
<b>【7】</b> 基本上可以自己穿衣服或脱衣服吗？ <small>衣服の着脱をほとんど一人でしますか。</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
<b>【8】</b> 是否有让您感到担心的“习惯”？ <small>気になっている“くせ”はありますか。</small>	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい
<b>【9】</b> 是否会去卫生间排尿、排便？ <small>“おしっこ”や“うんち”はトイレでできますか。</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
<b>【10】</b> 起床时间、就寝时间是几点？ <small>起床時間、就寝時間は何時ですか。</small>	
起床 起床：( _____ ) 点左右 時頃	就寝 就寝：( _____ ) 点左右 時頃
<b>【11】</b> 早餐是几点吃？ <small>朝食は何時ごろですか。</small>	左右 時頃
<b>【12】</b> 吃饭的时候，感觉肚子饿吗？ <small>食事のとき、お腹がすいていますか。</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
<b>【13】</b> 经常吃的零食和每天吃的次数。よく食べるお菓子と一日の回数は。	
种类 種類 _____	_____ 次 回 / 天 日
经常喝的饮料和每天喝的次数。よく飲む飲み物と一日の回数は。	
种类 種類 _____	_____ 次 回 / 天 日
<b>【14】</b> 关于饮食方面，您有什么困难吗？ <small>食事について困っていることはありますか。</small>	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい
<b>【15】</b> 父母会帮助孩子刷牙吗？ <small>親が歯磨きを手伝いますか。</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
<b>【16】</b> 母亲和孩子在一起时快乐吗？ <small>お母さんは、子どもと一緒にいて楽しいですか。</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
<b>【17】</b> 父亲会协助育儿吗？ <small>お父さんは、育児に協力的ですか。</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
<b>【18】</b> 其它，如果您有任何疑问或想要咨询的事情，请填写。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。	

\* 本问诊表不会用于母子保健事业以外的目的而使用。

\* 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。