

3-Years-Old/3-Years and 6-Months-Old Child Health Checkup Questionnaire

3歳児/3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 name 母の氏名	
Occupation 職業:	Birthdate 生年月日: Y 年 M 月 D 日
Father's 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】 Please tick the vaccinations which the child has taken. 今までに受けた予防接種に✓をつけてください。	
BCG BCG <input type="checkbox"/> Completed 済 <input type="checkbox"/> Not completed 未	Chickenpox 水痘 <input type="checkbox"/> 1 time 1回 <input type="checkbox"/> 2 times 2回
DTP-IPV 四種混合	<input type="checkbox"/> 1 time 1回 <input type="checkbox"/> 2 times 2回 <input type="checkbox"/> 3 times 3回 <input type="checkbox"/> Additional 追加 <input type="checkbox"/> Not completed 未
Pneumococcal(for children) 小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1 time 1回 <input type="checkbox"/> 2 times 2回 <input type="checkbox"/> 3 times 3回 <input type="checkbox"/> 4 times 4回

Hib(Haemophilus influenza type b) ヒブ (インフルエンザ菌b型)	<input type="checkbox"/> 1 time 1回 <input type="checkbox"/> 2 times 2回 <input type="checkbox"/> 3 times 3回 <input type="checkbox"/> 4 times 4回		
Measles and Rubella(MR Combination) 麻疹・風疹 (混合)	<input type="checkbox"/> 1 time 1回		
Measles(Single) 麻疹 (単独)	<input type="checkbox"/> 1 time 1回	Rubella(Single) 風疹 (単独)	<input type="checkbox"/> 1 time 1回
Japanese Encephalitis 日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1 time 1回 <input type="checkbox"/> 2 times 2回 <input type="checkbox"/> Not completed 未		
Hepatitis B B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1 time 1回 <input type="checkbox"/> 2 times 2回 <input type="checkbox"/> 3 times 3回		
[4] 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? (_____)			

3-Years and 6-Months-Old Child Health Checkup Questionnaire 3歳6か月児健康診査アンケート

[1] Can your child climb stairs alternately with their feet, without holding onto anything? 手をつながずに、足を交互に出して階段を上れますか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
[2] Can your child draw a circle by copying you? まねをして○が描けますか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
[3] Can your child have a conversation using three-word sentences, such as "Papa go work"? 「パパ、カイシャ、イッタ」等の3語文で会話ができますか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
[4] Can your child play with friends without staying close to their mother? お母さんから離れて、友達と遊ぶことができますか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
[5] Does your child want to do everything by themselves, and get upset when you try to help, even if they can't do it well? 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がりますか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
[6] Does your child play with building blocks, pretending they are a train or a house? 積み木などを電車や家に見立てて遊びますか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
[7] Can your child mostly dress and undress themselves? 衣服の着脱をほとんど一人でできますか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
[8] Are there any 'habits' that you are concerned about? 気になっている「くせ」はありますか。	<input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> Yes はい
[9] Can your child use the toilet for pee and poop? “おしっこ”や“うんち”はトイレでできますか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
[10] What time does your child wake up and go to bed? 起床時間、就寝時間は何時ですか。	Wake-up time 起床時間: around () o'clock 時頃 Bedtime 就寝時間: around () o'clock 時頃
[11] Around what time is breakfast? 朝食は何時ごろですか。	_____ o'clock 時頃
[12] Is your child hungry during mealtime? 食事のとき、お腹がすいていますか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
[13] Types of snacks they often eat and how many times a day? よく食べるお菓子と一日の回数は。	Type 種類 _____ times 回/day 日
Types of drinks they often drink and how many times a day? よく飲む飲み物と一日の回数は。	Type 種類 _____ times 回/day 日
[14] Are there any difficulties you face regarding your child's meals? 食事について困っていることはありますか。	<input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> Yes はい
[15] Do the parents help with brushing your child's teeth? 親が歯磨きを手伝いますか。	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
[16] 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
[17] 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

【18】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。