

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 第 子 第 子
出生年月日 生年月日	年 年 月 月 日 日(岁 歲 月 月)
母亲姓名 母の氏名	
职业 职業:	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 职業:	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	
家庭成员人数 家族数	
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 その他 ()	
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 その他 ()	
如果有正在治疗中的疾病, 请填写。	
现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:	内容 内容:
医院名称 病院名:	医院名称 病院名:
就诊频次 頻度:	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✓を付けてください。	
<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✓を付けてください。	
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 小兒用肺炎球菌	<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） <small>ましん</small> 流行性乙型脑炎 <small>にほんのうえん</small>	<input type="checkbox"/> 1 剂 1 回	风疹（单独） <small>ふうしん</small> 未接种 <small>みせっせつ</small>	<input type="checkbox"/> 1 剂 1 回
日本脑炎 <small>にほんのうえん</small>	<input type="checkbox"/> 1 剂 1 回	<input type="checkbox"/> 2 剂 2 回	<input type="checkbox"/> 未接种 <small>みせっせつ</small>
乙型肝炎 <small>がたかんえん</small>	<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？今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

【1】是否可以在不牵手的情况下，双腿交替着上楼梯？ <small>て 手をつながずに、足を交互に出て階段を上れますか。</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
【2】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
【3】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
【4】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
【5】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がりますか。</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
【6】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てて遊びますか。</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
【7】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
【8】是否有让您感到担心的“习惯”？ <small>気になる“くせ”はありますか。</small>	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい
【9】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
【10】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
【11】早餐是几点吃？ <small>朝食は何時ごろですか。</small>	左右 時頃
【12】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
【13】经常吃的零食和每天吃的次数。 <small>よく食べるお菓子と一日の回数は。</small>	次 かい/天 日
种类 種類 _____	经常喝的饮料和每天喝的次数。 <small>よく飲む飲み物と一日の回数は。</small>
种类 種類 _____	次 かい/天 日
【14】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
【15】父母会帮助孩子刷牙吗？ <small>親が歯磨きを手伝えますか。</small>	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
【16】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
【17】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
【18】其它，如果您有任何疑虑或想要咨询的事情，请填写。 <small>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。</small>	

* 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。