

日時 Date	持ち物 Belongings	内容 Contents
<b>【健診日 Date】</b> 年 月 日 year, month, day, (予備日 Another day) 年 月 日 year, month, day, <b>【受付時間 Reception hours】</b> *完全予約制 Reservation only. 別紙をご確認のうえ下記健診会場に 電話予約をお願いします。 Please confirm the attachment and make a reservation by phone at the following Health Support Center.	①母子健康手帳 Maternal and Child Health Handbook ※保護者の記録(3歳の頃)をご記入 下さい。Fill in the page of your child's condition at 3 years. ②3歳児健康診査質問票 This questionnaire sheet ※ご記入下さい。Must fill in. ③目と耳のアンケート Vision test & hearing test ※ご自宅で検査しご記入下さい。 Do it at your house and fill in and bring it checkup date. ④尿検査 Urinalysis container ⑤タオル Bath towel ⑥健康保険証(子) Child's health insurancecard	・尿検査 Urinalysis ・眼科検査 Vision test ・身体測定 Bodymeasuring ・内科健診 Medical examination ・歯科健診 Dental checkup ・個別相談 Individual consultation (Child care・ Nutrition・Dental)
<b>【健診会場 Place・問い合わせ先 Reference】</b> ○○○ Public Health Support Center		

### 3歳児健康診査のお知らせ Information of 3 years health checkup

お子さんの健康診査を実施します。費用はかかりません。  
 なお、3歳児健診は3歳11か月まで受診できます。  
 今回、受診できない方は日程をお問い合わせの上、お越しください。  
 We will have a health checkup of your child. It does not cost.  
 Your child can take 3 years checkup until 3 years 11months.  
 If you could not come this time, please ask us another schedule and come to it.

○最小限の人数でお越しください。Please come with the minimum number of people.  
 ○お車での来所はご遠慮ください。Do not come by car please.  
 ○健診当日は、歯みがきをしてからお越しください。Please come after toothbrushing.  
 ○健診を受診できない方は、お子さんの健康状態について、同封の返信用ハガキ  
 「3歳児健診連絡票」に記入してお送りください。 If you can't come, send us postcard  
 for reply of 3 years check up contact form, which you filled before hand.

3歳児健康診査質問票 3 years Check-up Questionnaire sheet	
<b>●保護者の方へ・・・事前に記入し、健診日に必ずお持ちください。</b> <b>To parents and Guardian ..... Please fill in the form beforehand and bring it on the checkup day surely.</b> <small>*お答えいただいた内容と健診結果は、個人情報の保護に十分配慮した上で子育てや健康に関する資料として活用します。また収集した個人情報については適正かつ安全に取り扱います。            *The contents and diagnosis results that you have answered will be used as a data on child care and health, with due consideration to protection of personal information.            We also properly and safely handle the personal information we have.</small>	
生年月日 Day of Birth 年 月 日 Year Month Day 3years months	家族構成 Family Members( )人 ・父 father・母 mother・兄 elder brother・姉 elder sister・弟 younger brother・ 妹 younger sister・祖父 grandfather・祖母 grandmother・その他 other people
日中の連絡先 Phone No. day time	日中の主な保育者 Who is taking care of baby in a day time ? 母 ・ 父 ・ 保育園 ・ 幼稚園 ・ その他 mother, father, nursery school, kindergarten, others
<b>あてはまる答えに○、または必要な内容を記入をして下さい。Please ○circle or fill in the necessary things.</b>	
1	今までに大きな病気、ひきつけ、手術などありましたか Has your child ever been sick, convulsion or operation? なし No      あり(病名) Yes (Name of disease) : 歳 ヶ月 ) : year months)
2	「○○ちゃん、ご飯 食べたい」など、3つくらいの言葉をつなげて文を話しますか Does your child talk 3 words to make sentence like " I lunch want eat ..... ? はい Yes      いいえ No
3	お子さんが何を言っているのか、他人にもわかりますか Do other people understand what your child talk ? はい Yes      いいえ No
4	つかまらないうで片足で立ちますか(1秒以上) Can your child stand on 1 leg without holding ? ( more than 1 second ) はい Yes      いいえ No
5	足を交互にだして階段を上りますか Does your child climb the stairs by legs one after the other ? はい Yes      いいえ No
6	クレヨンなどで○を書きますか Can your child draw circle ? はい Yes      いいえ No
7	衣類の脱ぎ着を自分でできますか Does your child want to put on or take off the clothes by himself/herself ? はい Yes      いいえ No
8	友達と遊びたがりますか Does your child want to play with friends ? はい Yes      いいえ No
9	ひどくおちつかず困ることがたびたびありますか Do you often have trouble because your child is too much restless ? いいえ No      はい Yes
10	日常生活で困っていることはありますか。(おしっこ、うんち、指しゃぶりやつめかみなどのくせ、こだわり、睡眠など) Do you have a problem about your child's daily life ? 【 pee, poop, habit(finger sucking, nail bite, etc.), sleep, be particular about, etc. 】 いいえ No      はい Yes
11	お子さんの普段の生活時間をご記入ください 記入例(7:00) Please write a time at normal daily schedule. Example (7:00) 起床 Get up      朝食 Breakfast      昼食 Lunch      夕食 Dinner      就寝 Bedtime ( )      ( )      ( )      ( )      ( )
その他心配なこと、相談したいことがありましたらご記入ください。 If you have anything worry or something want to talk about child & family, please write it here.	

## 3 years Check-up Questionnaire sheet 3歳児健康診査質問票

Please Circle or fill in the necessary things. あてはまる答えに○、または必要な内容を記入して下さい。

12	育児は楽しいですか Are you enjoying child raising?	はい Yes	いいえ No	どちらともいえない Can not say either		
13	育児の相談者や協力者はいますか(※複数回答可) Do you have anyone to talk with and help your child raising?	配偶者 Spouse	親 Parents	友人 Friends	その他 Others	いない None
14	お母さんの気持ちや体の調子はいかがですか How is mother's feeling and condition of body?	よい Good	よくない Bad	どちらともいえない Can not say either		
15	お母さんはタバコを吸っていますか Does mother smoke?	吸わない No	やめた Quit	吸っている(室内・室外) Yes (inside・outside)		
16	お父さんはタバコを吸っていますか Does father smoke?	吸わない No	やめた Quit	吸っている(室内・室外) Yes (inside・outside)		
17	お母さんは過去1年間に健康診断を受けましたか Has mother take health check up in the past year?	受けた(区民健診・国保健診・職場健診・家族健診・その他) Yes (check up of ward, National Health Insurance, Company, Company-family, Others)			受けない No	
18	お子さんの1週間の朝食の回数 How many times does child eat breakfast in a week?	毎日 Everyday	5・6回 5・6times	3・4回 3・4times	2回以下 Less than 2	
19	お母さんの1週間の朝食の回数 How many times does mother eat breakfast in a week?	毎日 Everyday	5・6回 5・6times	3・4回 3・4times	2回以下 Less than 2	
20	お父さんの1週間の朝食の回数 How many times does father eat breakfast in a week?	毎日 Everyday	5・6回 5・6times	3・4回 3・4times	2回以下 Less than 2	
21	お子さんはよくかんで食べていますか Does your child chew well every meals?	はい Yes	いいえ No			
22	お子さんの食事のことにについて栄養士に相談したいことがありますか Do you have any concerns to talk with dietitian about child's meals? ( )	はい Yes	いいえ No			
23	お子さんは指しゃぶりやおしゃぶりをしていますか Does your child have habit of thumb sucking or use a pacifier?	していない No	指しゃぶり Thumb-	おしゃぶり Pacifier	ほか( ) Others ( )	
24	アメ・チョコ・ガム・アイスなど甘いお菓子を食べますか Do you and your child have sweet snacks like candy, chocolate, icecream and so on?	子ども child	食べない No	週2~4日 2~4times a week	ほぼ毎日食べる Almost every	
25		保護者 parents	食べない No	週2~4日 2~4times a week	ほぼ毎日食べる Almost every	
26	ジュース・乳酸飲料・スポーツドリンクなど甘い飲み物を飲みますか Do you and your child have sweet drinks like juice, lactic acid beverage and sports drink?	子ども child	食べない No	週2~4日 2~4times a week	ほぼ毎日食べる Almost every	
27		保護者 parents	食べない No	週2~4日 2~4times a week	ほぼ毎日食べる Almost every	
28	お子さんはぶくぶくうがいができますか Can your child rinse his/her mouth?	はい Yes	どちらともいえない Can not say either	いいえ No		
29	お子さんは間食を一日に何回しますか(甘い飲み物も含む) How many times does your child eat snacks between 3 meats in a day? (including sweet drinks)	しない No	1~2回 1-2 times	3回以上 More than 3 times		
30	保護者が、毎日仕上げ磨きをしていますか Does guardian do follow up toothbrushing everytime?	1. 仕上げ磨きをしている(子どもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている) Yes-Guardian does follow up brushing after child's brushing 2. 子どもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている Yes-Only guardian does toothbrushing 3. 子どもだけで磨いている No-Only child does toothbrushing 4. 子どもも保護者も磨いていない No-Both don't do toothbrushing				
31	お子さんはフッ素入り歯磨剤を使っていますか Does your child use fluorine toothpaste?	はい Yes	いいえ No	何ともいえない Don't know		
	保護者の方はフッ素入り歯磨剤を使っていますか Do you use fluorine toothpaste?	はい Yes	いいえ No	わからない Don't know		
32	お子さんはかかりつけ歯科医はありますか Does your child have any family dentist(doctor)?	はい(区内・区外) Yes(in Edogawa・out)		歯科医院 ) dental clinic )	・いいえ ・No	・何ともいえない ・Neither
	かかりつけ歯科医で定期健診又は予防処置等を受けていますか Does your child take a regular dental checkup or preventive treatment at family dentist? 定期健診 ・ クリーニング ・ フッ素塗布 ・ 治療 Regular dental check up ・ Professional cleaning ・ Fluoride treatment ・ Cavity treatment					
33	保護者の方はかかりつけ歯科医はありますか Do you have any family dentist(doctor)?	はい(区内・区外) Yes(in Edogawa・out)		歯科医院 ) dental clinic )	・いいえ ・No	・何ともいえない ・Neither
	かかりつけ歯科医で定期健診又は予防処置等を受けていますか Do you take a regular dental checkups or preventive treatment at family dentist? 定期健診 ・ クリーニングや歯石除去 ・ フッ素塗布 ・ 治療 Regular dental checkups ・ Professional cleaning ・ Fluoride treatment ・ Cavity treatment					
34	保護者の方は、歯間ブラシやデンタルフロスを使っていますか Do you(parents) use dental floss or interdental brushes in addition to tooth brush?	毎日使っている Everyday	週1回以上使っている At least once a week	使っていない No		
35	たばこが歯周病のリスクであることを知っていますか Do you know that smoking is risk of periodontal disease?	はい Yes	いいえ No			
36	糖尿病が歯周病のリスクであることを知っていますか Do you know that diabetes is risk of periodontal disease?	はい Yes	いいえ No			

歯や口の中のことで心配なこと、または歯科医師に相談したいことがありましたらご記入ください。 Please write if you have concern about teeth or oral hygiene.