

# 参 考 资 料

## 参考資料一覧

- 1 健診台帳（様式1）
- 2 事後管理台帳（様式2）
- 3 健診診察所見様式（1か月児健康診査）
- 4 健診診察所見様式（3～4か月児健康診査）
- 5 健診診察所見様式（9～10か月児健康診査）
- 6 健診診察所見様式（1歳6か月児健康診査）
- 7 健診診察所見様式（3歳児健康診査）
- 8 紹介状・回答書（股関節開排制限）
- 9 紹介状・回答書（視覚検査）
- 10 紹介状・回答書（聴覚検査）
- 11 3～4か月児健康診査 基本情報 集計項目（1／2）（様式3－1）
- 12 3～4か月児健康診査 基本情報 集計項目（2／2）（様式3－1）
- 13 1歳6か月児健康診査 基本情報 集計項目（様式3－2）
- 14 3歳児健康診査 基本情報 集計項目（様式3－3）
- 15 健康診査体制集計表（様式4）
- 16 3～4か月児健康診査 追跡情報 集計項目（様式5－1）
- 17 1歳6か月児健康診査 追跡情報 集計項目（様式5－2）
- 18 3歳児健康診査 追跡情報 集計項目（様式5－3）
- 19 共通問診項目 3～4か月児健診（日本語・外国語）
- 20 共通問診項目 1歳6か月児健診（日本語・外国語）
- 21 共通問診項目 3歳児健診（日本語・外国語）
- 22 妊娠届出書【標準様式】（日本語・外国語）
- 23 パーセントイル発育曲線（平成12年乳幼児身体発育調査）（体重、身長、頭囲）
- 24 幼児の身長体重曲線
- 25 CSV形式で出力するための個別データファイル情報
- 26 愛知県母子健康診査情報の利活用に関する実施要領





1か月児健康診査診察所見

所見	判定基準	所見	判定基準
保 健 師	身体的発育異常 □ なし □ 低身長 □ 体重増加不良 □ 大頭 □ その他 ( ) □ なし □ なし	低身長 体重増加不良 大頭	3パーセントイル未満 20g/日未満 97パーセントイル以上 母子健康手帳、保護者から聞き取り
記 入	けいれん 精神的発達障害	けいれん	母子健康手帳、保護者から聞き取り
医 生	□ なし □ 視線が合わない □ その他 ( ) □ なし □ 姿勢の異常 □ その他 ( ) □ なし □ 筋緊張の異常 □ その他 ( ) □ なし □ 視覚異常 □ その他 ( ) □ なし □ 貧血 □ 黄疸 □ なし □ 湿疹 □ 傷跡・打撲痕 □ なし	視線が合わない 姿勢の異常 筋緊張の異常 視覚異常 貧血 黄疸 湿疹 傷跡・打撲痕	音や声に反応しない 大きな音でもモロー反射が出ない 四肢の動きが少ない、明らかな左右差がある 自発運動の異常 反射の異常 モロー反射が出ない、吸てつ反射が出ない 新生児聴覚スクリーニングにて異常 顔色や眼瞼結膜が蒼白 皮膚や眼球結膜の高度の黄染、灰白色便 胎漏性湿疹 見えにくい部位にも注意
記 入	股関節 斜頸 循環器系疾患 呼吸器系疾患 消化器系疾患 泌尿生殖器系疾患 先天異常 その他の異常	開排制限 斜頸 心雑音 喘鳴 腹部膨満 そけいヘルニア 便秘 停留嚢丸 その他 ( ) なし なし □ 異常なし □ 要紹介 ( )	仙骨皮膚洞・腫瘍 その他 ( ) その他 ( ) 有り その他 ( ) その他 ( ) 腹部膨満 臍ヘルニア その他 ( ) その他 ( ) 外性器異常 有り ( ) その他 ( ) 既歴 ( ) 要紹介 ( )
入	全身性発育異常 けいれん 精神的発達障害 運動発達異常 神経系の異常 感覚器の異常 血液疾患 皮膚疾患 股関節 斜頸 循環器系疾患 呼吸器系疾患 消化器系疾患 泌尿生殖器系疾患 先天異常 その他の異常	低体重 体重増加過多 小頭 音や声に反応しない 大きな音でもモロー反射が出ない 四肢の動きが少ない、明らかな左右差がある 自発運動の異常 反射の異常 モロー反射が出ない、吸てつ反射が出ない 新生児聴覚スクリーニングにて異常 顔色や眼瞼結膜が蒼白 皮膚や眼球結膜の高度の黄染、灰白色便 胎漏性湿疹 見えにくい部位にも注意 床から20度以上の制限（皮膚溝非対称、女児・家族歴・骨盤位等も参照） 頸部が傾いた側の胸鎖乳突筋に腫瘍 無言性雑音以外 喘鳴 左右差、異常な緊満感 触診でそけい部、外陰部に膨満を認める。触診でそけい部、外陰部に腫瘍を触れる。 臍前膨満を認める、便秘を触知する。 陰嚢内に精巣が確認できない 外生殖器がある タンデムマスタスクリーニングで異常あり	低体重 体重増加過多 小頭 音や声に反応しない 大きな音でもモロー反射が出ない 四肢の動きが少ない、明らかな左右差がある 自発運動の異常 反射の異常 モロー反射が出ない、吸てつ反射が出ない 新生児聴覚スクリーニングにて異常 顔色や眼瞼結膜が蒼白 皮膚や眼球結膜の高度の黄染、灰白色便 胎漏性湿疹 見えにくい部位にも注意 床から20度以上の制限（皮膚溝非対称、女児・家族歴・骨盤位等も参照） 頸部が傾いた側の胸鎖乳突筋に腫瘍 無言性雑音以外 喘鳴 左右差、異常な緊満感 触診でそけい部、外陰部に膨満を認める。触診でそけい部、外陰部に腫瘍を触れる。 臍前膨満を認める、便秘を触知する。 陰嚢内に精巣が確認できない 外生殖器異常 タンデムマスタスクリーニングで異常あり

3～4か月児健康診査診察所見

所見	判定基準	所見	判定基準
低身長 体重増加不良 大頭	3パーセントイル未満 成長曲線を二本以上横切る 97パーセントイル以上	低体重 体重増加過多 小頭	3パーセントイル未満 成長曲線を二本以上横切る 3パーセントイル未満
けいれん	母子健康手帳、保護者から聞き取り		
笑わない 視線が合わない	あやしても笑わない(聞き取りも可) 目が合わない、目で追ってこない	声が出ない	あやしても声を出さない(聞き取りも可)
頸定の遅れ 姿勢の異常	引き起こしで45度まで首が保てない 強いATNR、後弓反張、蛙股位など	手の握り	握らせても握らない、強く握ったまま
筋緊張の異常	低緊張(逆U字)、緊張亢進	反射の異常	原始反射の残存
視反応の異常 聴覚の異常	固視・追視がない、目に関する問診 保護者からの聞き取りとチェックリスト	斜視	ペンライトによる角膜反射法・遮開試験にて
貧血	皮膚や眼瞼結膜の蒼白		
アトピー性皮膚炎	かゆみのある反復性湿疹	仙骨皮膚洞・腫瘍	腫裂の遅延や変形を伴う様な腫裂上方の陥凹、腫裂外の陥凹。明らかな膿乳。母斑や柔毛を伴う。膝仙部の腫瘍
傷跡・打撲痕	見えにくい部位にも注意	乳児血管腫	出血や感染のリスクがある、著しく大きい、機能に影響する
開排便制限 斜頸	床から20度以上の制限(皮膚溝非対称、女児・家族歴・骨盤位等も参照) 頸部が傾いた側の胸鎖乳突筋に腫瘍		
心雑音	無害性雑音以外		
喘鳴	喘鳴		
腹部膨満 そけいヘルニア 便秘	左右差、異常な緊張感 視診でそけい部、外陰部に膨満を認める。触診でそけい部、外陰部に腫瘍を触れる。 腹部膨満を認める、便秘を触知する。	腹部膨満 臍ヘルニア	全体を触診して腫瘍を探る 視診にて大きさを確認
停留睪丸	陰嚢内に精巣が確認できない	外性器異常	男児：尿道口の位置異常 女児：陰核肥大、陰唇癒合、高度な色素沈着
先天異常	外表面形がある		

保 健 師 記 入	身体的発育異常 けいれん 精神的発達障害	低身長 体重増加不良 大頭 その他( ) 有り	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 低身長 <input type="checkbox"/> 体重増加過多 <input type="checkbox"/> 小頭 <input type="checkbox"/> 有り
医	運動発達異常	笑わない 視線が合わない	<input type="checkbox"/> 声が出ない <input type="checkbox"/> その他( )
師	神経系の異常	頸定の遅れ 姿勢の異常	<input type="checkbox"/> 手の握り <input type="checkbox"/> その他( )
	感覚器の異常	筋緊張の異常 その他( )	<input type="checkbox"/> 反射の異常 <input type="checkbox"/> 斜視
	血液疾患	視反応の異常 聴覚の異常	<input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> その他( )
	皮膚疾患	貧血	<input type="checkbox"/> その他( )
		アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 仙骨皮膚洞・腫瘍
	股関節	傷跡・打撲痕	<input type="checkbox"/> その他( )
	斜頸	開排便制限	<input type="checkbox"/> その他( )
記	循環器系疾患	心雑音	<input type="checkbox"/> 有り
	呼吸器系疾患	喘鳴	<input type="checkbox"/> その他( )
	消化器系疾患	腹部膨満 そけいヘルニア 便秘	<input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 腹部膨満 <input type="checkbox"/> 臍ヘルニア <input type="checkbox"/> その他( )
入	泌尿生殖器系疾患	停留睪丸 その他( )	<input type="checkbox"/> 外性器異常 <input type="checkbox"/> 有り( ) <input type="checkbox"/> その他( )
	先天異常 その他の異常	先天異常	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察
	判定		<input type="checkbox"/> 既医療( ) <input type="checkbox"/> 要紹介( )

9～10か月児健康診査診察所見

所見	判定基準	所見	判定基準
低身長 体重増加不良 大頭	3パーセントアイル未満 成長曲線を二本以上横切る 97パーセントアイル以上	低体重 体重増加過多 小頭	3パーセントアイル未満 成長曲線を二本以上横切る 3パーセントアイル未満
けいれん	母子健康手帳、保護者から聞き取り		
呼びかけに応じない まねをしない	親が呼び掛けても反応しない 拍手、バイバイなど動作の真似をしない	喃語がでない 人見知りをしない	言葉になる手前の喃語が言えない 医師が抱っこしても怖がらない
座位をとれない つかまり立ちをしない	一人で支えなしに座れない 自ら物につかまって立ち上がれない	四つ這いをしない 物をつかまない	四つ這いで前進しない 物を握らせても握らない
筋緊張の異常	垂直抱きで膝が上がる、下肢が伸展交叉	反射の異常	パラシュート反射が出ない
視反応の異常 聴覚の異常	固視・追視不良、遮閉試験で嫌悪反応 呼びかけに応じない、声の真似をしない	斜視	遮閉試験にて斜視がある
貧血	顔色、眼結膜蒼白		
アトピー性皮膚炎 傷跡・打撲痕	かゆみのある反復性湿疹 見えにくい部位にも注意	仙骨皮膚瘡・腫瘍	蟹裂の延草や菱形を伴う様な蟹裂上方の隆凹、蟹裂外の隆凹。明らかな瘻孔。母斑や発毛を伴う。 臍仙部の腫瘍
開排制限 心雑音	床から20度以上の制限（皮膚薄非対称、女児・家族歴・骨盤位等も参照） 無害性雑音以外	下肢長さ	アリス徴候陽性
喘鳴			
腹部膨満 そけいヘルニア 便秘	左右差、異常な緊満感 視診でそけい部、外陰部に膨隆を認める。触診でそけい部、外陰部に腫瘍を触れる。 腹部膨満を認める、便塊を触知する。	腹部腫瘍 臍ヘルニア	全体を触診して腫瘍を探る 視診にて大きさを確認
停留睾丸 先天異常	陰嚢内に精巣が確認できない 外表奇形がある	外生殖器異常	男児：尿道口の位置異常 女児：陰核肥大、陰嚢癒合、高度な色素沈着

身体的発育異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 低身長 <input type="checkbox"/> 体重増加不良 <input type="checkbox"/> 大頭 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 低体重 <input type="checkbox"/> 体重増加過多 <input type="checkbox"/> 小頭 <input type="checkbox"/> 有り
けいれん 精神的発達障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 呼びかけに応じない <input type="checkbox"/> まねをしない <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 座位をとれない <input type="checkbox"/> つかまり立ちをしない <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 筋緊張の異常 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 視反応の異常 <input type="checkbox"/> 聴覚の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 傷跡・打撲痕 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 喃語がでない <input type="checkbox"/> 人見知りをしない <input type="checkbox"/> 四つ這いをしない <input type="checkbox"/> 物をつかまない <input type="checkbox"/> 反射の異常 <input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 仙骨皮膚瘡・腫瘍 <input type="checkbox"/> その他 ( )
運動発達異常		
神経系の異常		
感覚器の異常		
血液疾患		
皮膚疾患		
股関節		
循環器系疾患		
呼吸器系疾患		
消化器系疾患		
泌尿生殖器系疾患		
先天異常 その他の異常	<input type="checkbox"/> 停留睾丸 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 外生殖器異常 <input type="checkbox"/> 有り ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察	<input type="checkbox"/> 既医療 ( ) <input type="checkbox"/> 要紹介 ( )

判定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察	<input type="checkbox"/> 既医療 ( ) <input type="checkbox"/> 要紹介 ( )
----	---	--

1 歳6 か月児健康診査診察所見

所見	判定基準	所見	判定基準
低身長 やせ 大頭	3パーセントイル未満 3パーセントイル未満 3パーセントイル未満	高身長 肥満 小頭	97パーセントイル以上 97パーセントイル以上 97パーセントイル以上
熱性けいれんマニキュアルのp45	熱性けいれん診療ガイドライン参照		
小食 便秘	保護者の訴えがあればチェック 日々の排便について聞く	偏食 睡眠リズム	保護者の訴えがあればチェック 規則正しいか、夜更かしがないか
不安・恐れ	保護者の訴えがあればチェック		
指示理解の遅れ 多動	絵・身体部位での指差しができない 鞆の膝上でもじっとせず、再び降りようとする	発語の遅れ 視線の合いにくさ	有意味語2つ以下 名前を呼んでも視線が合わない
歩行の遅れ 歩容の異常	未歩行 歩幅の左右不均衡	胸郭・脊柱の変形 O脚	鳩胸、漏斗胸、側弯、前弯や後弯の増強 両足内果部をつけて、膝部離解4横指以上
視反応の異常 聴力の異常	固視・追視不良、遮閉試験で嫌悪反応 聞こえの問診表、ささやき声での振りむき	眼位の異常 てんかん性疾患	斜視（遮閉試験にて） 保護者の訴えがあればチェック
貧血	顔面蒼白、眼結膜が白っぽい		
アトピー性皮膚炎	かゆみのある反復性湿疹（好発部位を考慮）	傷跡・打撲痕	見えにくい部分も注意
腹部膨満 そけいヘルニア 便秘	立位（座位）視診にて膨隆あり 立位視診にてそけい部の膨隆あり 問診で確認	腹部膨満 臍ヘルニア	立位（座位）触診にて固い腫瘍あり 立位視診にて臍部の膨隆あり
停留睪丸	陰嚢内に精巣を触知しない	外性器異常	男児：包茎、外尿道口の位置異常 女児：問診にて確認

身体的発育異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 低身長 <input type="checkbox"/> やせ <input type="checkbox"/> 大頭 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 高身長 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 小頭 <input type="checkbox"/> 有り
熱性けいれんの既往 生活習慣上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 小食 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 睡眠リズム
情緒行動上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不安・恐れ	<input type="checkbox"/> その他（ ）
精神的発達障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 指示理解の遅れ <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 発語の遅れ <input type="checkbox"/> 視線の合いにくさ
運動機能異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 歩行の遅れ <input type="checkbox"/> 歩容の異常 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 胸郭・脊柱の変形 <input type="checkbox"/> O脚
神経系・感覚器の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 視反応の異常 <input type="checkbox"/> 聴力の異常 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 眼位の異常 <input type="checkbox"/> てんかん性疾患
血液疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> その他（ ）
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 傷跡・打撲痕
消化器系疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 腹部膨満 <input type="checkbox"/> そけいヘルニア <input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 腹部膨満 <input type="checkbox"/> 臍ヘルニア <input type="checkbox"/> その他（ ）
泌尿生殖器系疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 停留睪丸 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 外性器異常
先天異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有り（ ）
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察	<input type="checkbox"/> 既医療（ ） <input type="checkbox"/> 要紹介（ ）

3歳児健康診査診察所見

所見		判定基準		所見		判定基準		
保 健 師 記 入	身体的発育異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 低身長 <input type="checkbox"/> やせ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 3パーセントイル未満 <input type="checkbox"/> 3パーセントイル未満	高身長 肥満	<input type="checkbox"/> 97パーセントイル以上 <input type="checkbox"/> 97パーセントイル以上		
	熱性けいれん 生活習慣上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 小食 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> その他 ( )	保護者の訴えがあればチェック 日々の排便について聞く	偏食 睡眠リズム	保護者の訴えがあればチェック 規則正しいか、夜更かしがないか		
	情緒行動上の問題	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不安・恐れ	保護者の訴えがあればチェック				
	精神的発達障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 指示理解の遅れ <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 吃音	大小、長短、4色が理解できない 動き回り、椅子や親の膝に座れない スムーズに発話できない	発話の遅れ 視線の合いにくさ	2語文が出ない 視線が合わない、合ってもごく短い		
	運動機能異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 歩行の遅れ <input type="checkbox"/> 歩容の異常 <input type="checkbox"/> その他 ( )	階段が登れない 歩幅の左右不均衡、尖足歩行など	胸郭・脊柱の変形 O脚 X脚	鳩胸、漏斗胸、側弯、後弯、前弯 両足内果部をつけて、膝部離解4横指以上 両膝内側部をつけて、足内果部離解4横指以上		
	神経系・感覚器の異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 視力の異常 <input type="checkbox"/> 聴力の異常 <input type="checkbox"/> その他 ( )	視力検査結果、目のアンケート結果 聞こえの問診、ささやき声検査（絵シート）	眼位の異常 てんかん性疾患	斜視（遮閉試験）、眼球運動異常 保護者の訴えがあればチェック		
	血液疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 貧血	顔面蒼白、眼結膜が白っぽい				
	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他 ( )	かゆみのある反復性湿疹（好発部位を考慮）	傷跡・打撲痕	見えにくい部分も注意		
	消化器系疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 腹部膨満 <input type="checkbox"/> そけいヘルニア <input type="checkbox"/> 便秘	立位視診にて膨隆あり 立位視診にてそけい部の膨隆あり 問診で確認	腹部膨満 臍ヘルニア	立位視診にて固い腫瘍あり 立位視診にて臍部の膨隆あり		
	泌尿生殖器系疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 停留睾丸 <input type="checkbox"/> その他 ( )	陰嚢内に精巣を触知しない	外性器異常	男児：包茎、外尿道口の位置異常 女児：問診にて確認		
先天異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察						
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察	<input type="checkbox"/> 既医療 ( ) <input type="checkbox"/> 要紹介 ( )						

No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科 担当医様 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日発行  
 (〇〇市町村名等)  
 健診担当医 \_\_\_\_\_

**精密健康診査 紹介状及び回答書（乳児股関節脱臼）**

乳児健康診査において精密検査が必要となりました。回答書にご記入の上ご返信下さい。

氏名		生年月日	年	月	日生
保護者名		電話			
住所					
<b>乳児健康診査結果</b>					
<input type="checkbox"/> ①股関節開排制限（ <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左） <input type="checkbox"/> ②大腿皮膚溝または鼠径皮膚溝の非対称 <input type="checkbox"/> ③家族歴（ <input type="checkbox"/> 母・ <input type="checkbox"/> 父・ <input type="checkbox"/> 祖母・ <input type="checkbox"/> 祖父・ <input type="checkbox"/> その他（                      ）） 家族の股関節疾患：先天性股関節脱臼・白蓋形成不全・変形性股関節症・その他（                      ）・不明 <input type="checkbox"/> ④女兒 <input type="checkbox"/> ⑤骨盤位分娩（帝王切開時の肢位を含む） <input type="checkbox"/> 保護者の精査希望					

精密検査医療機関への紹介基準：① 開排制限が陽性であれば紹介する または、②、③、④、⑤のうち2つ以上あれば紹介する  
 健診医の判断や保護者の精査希望も配慮する。

<b>回 答 書</b>	
A. 診 断	<input type="checkbox"/> 1) 異常なし <input type="checkbox"/> 2) 異常あり ⇒ a) 股関節異常： <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 両側 <input type="checkbox"/> 脱臼・ <input type="checkbox"/> 亜脱臼・ <input type="checkbox"/> 白蓋形成不全・ <input type="checkbox"/> 開排制限（画像診断正常） b) その他疾病 <input type="checkbox"/> その他（                      ）
B. 今後の方針	<input type="checkbox"/> 1) 経過観察の必要なし <input type="checkbox"/> 2) 当院で経過観察 理由 <input type="checkbox"/> 白蓋形成不全・ <input type="checkbox"/> 家族歴・ <input type="checkbox"/> 開排制限・ <input type="checkbox"/> その他（                      ） <input type="checkbox"/> 3) 当院で治療（治療内容                      ） <input type="checkbox"/> 4) 他施設へ紹介 <input type="checkbox"/> a) 治療のため（紹介先病院名：                      ） <input type="checkbox"/> b) 診断確定のため（紹介先病院名：                      ） <input type="checkbox"/> c) その他（                      ）
記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名称 _____ <p style="text-align: center;">医師名 _____</p>	

No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科 担当医様 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日発行  
 (〇〇市町村名等)  
 健診担当医 \_\_\_\_\_

**精密健康診査 紹介状及び回答書（視覚検査）**

3歳児健康診査において精密検査が必要となりました。回答書にご記入の上ご返信下さい。

氏名	生年月日	年	月	日生
保護者名	電話			
住所				
<b>3歳児健康診査結果</b>				
【一次健診結果】				
<input type="checkbox"/> ①異常の疑いあり（弱視・斜視等）視覚アンケート項目1～10でいずれか1項目にでも「はい」と回答したもの、（項目1のみ「はい」と答えた場合は、ステレオテストが異常の場合）				
<input type="checkbox"/> ②異常の疑いあり（弱視・斜視等）視力検査項目1、2の両方とも「はい」と回答し、視力検査項目3、4、5のいずれかに「いいえ」と答えたもの				
<input type="checkbox"/> ③再検査（弱視・斜視等）視力検査項目1、2のいずれか1項目に「いいえ」と回答したもの				
【再検査結果】				
<input type="checkbox"/> ④異常の疑いあり（弱視・斜視等）視力検査項目1、2の両方とも「はい」と回答し、視力検査項目3、4、5のいずれかに「いいえ」と答えたもの				
【機器測定検査結果】				
<input type="checkbox"/> ⑤異常の疑いあり（弱視・斜視等）測定機器のスクリーニング基準を満たすもの （測定機器名： _____ ）				

精密検査医療機関への紹介基準：①または②または④または⑤該当する場合  
 医療機関へは、視力アンケートのコピーを添付してください。

<b>回 答 書</b>	
A. 診 断	<input type="checkbox"/> 1) 異常なし <input type="checkbox"/> 2) 異常あり ⇒ a) 弱視（ <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 両側）      b) 内斜視・外斜視・上斜視（ <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 両側） c) 乱視・遠視・近視（ <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 両側）    d) 眼振・眼瞼下垂（ <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 両側） e) 小眼球・先天性緑内障・先天性白内障（ <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 両側） f) その他疾病 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
B. 今後の方針	<input type="checkbox"/> 1) 経過観察の必要なし <input type="checkbox"/> 2) 当院で経過観察 理由（ _____ ） <input type="checkbox"/> 3) 当院で治療（治療内容 _____ ） <input type="checkbox"/> 4) 他施設へ紹介 <input type="checkbox"/> a) 治療のため（紹介先病院名： _____ ） <input type="checkbox"/> b) 診断確定のため（紹介先病院名： _____ ） <input type="checkbox"/> c) その他（ _____ ）
記入日：	年 _____ 月 _____ 日 医療機関名称 _____
医師名 _____	

No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科 担当医様 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日発行  
 (〇〇市町村名等)  
 健診担当医 \_\_\_\_\_

**精密健康診査 紹介状及び回答書（聴覚検査）**

3歳児健康診査において精密検査が必要となりました。回答書にご記入の上ご返信下さい。

氏名	生年月日	年	月	日生
保護者名	電話			
住所				
<b>3歳児健康診査結果</b>				
<input type="checkbox"/> ①異常の疑いあり（難聴等） 聴覚アンケート項目6～8のいずれかについて(b)を選択したもの、または、家庭での聞こえの検査で不合格又は不能であったものであって、市町村で実施した聞こえの検査でも、不合格又は不能であったもの。				
<input type="checkbox"/> ②異常の疑いあり（滲出性中耳炎等） 家庭での聞こえの検査では合格となったが、聴覚アンケートの項目2～5のいずれかについて(b)を選択したもの。				
<input type="checkbox"/> 保護者の精査希望（ _____ ）				

精密検査医療機関への紹介基準：①または②に該当する場合。健診医の判断や保護者の精査希望も配慮する。

<b>回 答 書</b>	
A. 診 断	<input type="checkbox"/> 1) 異常なし <input type="checkbox"/> 2) 異常あり ⇒ a) 難聴 <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 両側 b) 滲出性中耳炎 <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 両側 c) その他疾病 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
B. 今後の方針	<input type="checkbox"/> 1) 経過観察の必要なし <input type="checkbox"/> 2) 当院で経過観察 理由（ _____ ） <input type="checkbox"/> 3) 当院で治療（治療内容 _____ ） <input type="checkbox"/> 4) 他施設へ紹介 <input type="checkbox"/> a) 治療のため（紹介先病院名： _____ ） <input type="checkbox"/> b) 診断確定のため（紹介先病院名： _____ ） <input type="checkbox"/> c) その他（ _____ ）
記入日：	年 _____ 月 _____ 日 医療機関名称 _____
医師名 _____	

様式3-1 3～4か月児健康診査 基本情報 集計項目(1/2)

(妊娠期からの切れ目ない支援)

妊娠期

妊娠届 時アン ケート		なし	あり	未実施	
	未婚・再婚・死別				
	母親の年齢が24歳以下				
	パートナーが無職 一人親の場合は母親が無職				
	経済的に困っている				
	困ったときに助けてくれる人がいない				
	妊娠中のタバコ・飲酒、妊娠前のタバコ				
	中絶2回以上				
	精神疾患(こころの病気)の既往あり				
	妊娠が分かったときの気持ち				
	夫婦関係で困っている				
	ここ1年間に、うつ状態が1週間以上続いたことがある				
	妊娠届け出時の妊娠週数が20週以降 その他(面接時気になる、多胎、ステップファミリー等)				
妊娠届出書スクリーニングの合計 点数	0～1点	2～5点	6点以上		
妊娠期 の支援	妊娠期の支援方針	支援不要	自ら対処可能	保健機関 継続支援	機関連携支援
		対象外	実施	未実施	
	個別支援:電話・メール相談				
	個別支援:家庭訪問				
	個別支援:来所等面接				
	個別支援の受け入れ	対象外	支援を受け入れ た	支援を受け入れ なかった	
	対象外	利用した	利用しなかった		
保健機関事業					
他機関事業					

産後

産後の 状況	EPDS実施の有無	なし(未実施)	あり		
	EPDSの点数	8点以下	9点以上		
	EPDS項目10の点数	0:全くなかった	1:めったになか った	2:時々そうだ った	3:はい、かなりし ばそうだった
産後の 支援	産後の支援方針	支援不要	自ら対処可能	保健機関 継続支援	機関連携支援
	産後の支援開始時期	対象外	1か月未満	2か月未満	3か月未満 4か月未満
		対象外	実施	未実施	
	個別支援:電話・メール相談				
	個別支援:家庭訪問				
	個別支援:来所等面接				
	個別支援の受け入れ	対象外	支援を受け入れ た	支援を受け入れ なかった	
	対象外	利用した	利用しなかった		
保健機関事業					
他機関事業					

様式3-1 3~4か月児健康診査 基本情報 集計項目(2/2)

疾病の発見

		97パーセンタイル超	90パーセンタイル超	90~10パーセンタイル	10パーセンタイル未満	3パーセンタイル未満
発育	体重					
	身長					
	頭囲					
	身体発育不良	所見なし	1~2階級	2階級超		
		所見なし	所見あり			
神経系	筋緊張					
	反射					
運動発達	定領					
	手の握り(物をつかまない)					
	姿勢					
精神発達	笑わない					
	声が出ない					
	視線が合わない					
感覚器	追視					
	聴覚異常					
循環器	心音異常					
	腹部腫瘤					
泌尿生殖器	そけいヘルニア					
	停留精巣(男児)					
	仙骨皮膚洞・腫瘤					
	外生殖器異常					
股関節	股関節開排制限					
皮膚	血管腫					
	湿疹					
	被虐待跡					

保健指導・支援

授乳		支援不要	自ら対処可能	保健機関 継続支援	他機関 連携支援				
栄養方法	1か月時	母乳	人工	混合					
	3~4か月時								
生活習慣	メディアの視聴	いいえ	はい						
健やか親子・問診項目	子育ての相談相手	いる	いない						
	ゆったりとした気分で子と過ごせる	はい	いいえ	何ともいえない					
	現在、あなた(お母さん)は喫煙をしていますか。	母	なし	あり	本数合計	本数回答者			
	現在、お父さんのお父さんは喫煙をしていますか。	父	なし	あり	本数合計	本数回答者			
	事故防止(誤飲)	はい	いいえ						
	妊娠・出産について満足している	はい	いいえ	どちらとも言えない					
	妊娠中、あなた(お母さん)は喫煙をしていましたか。	なし	あり	本数合計	本数回答者				
	妊娠中、あなた(お母さん)は飲酒をしていましたか。	なし	あり						
	この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。	そう思う	どちらかといえばそう思う	どちらかといえばそう思わない	そう思わない				
	お父さんのお父さんは、育児をしていますか。	よくやっている	時々やっている	ほとんどしない	何ともいえない				
	あなたは、お父さんに対して、育てにくさを感じていますか。	育てにくさ	いつも感じる	時々感じる	感じない				
	育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、向らかの解決する方法を知っていますか。	対処方法	はい	いいえ					
	子どもの社会性の発達過程	はい	いいえ						
	この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。	しつけのし過ぎがあった(はい)	感情的に叩いた(はい)	乳幼児だけを家に残して外出した(はい)	長時間食事を与えなかった(はい)	感情的な言葉で怒鳴った(はい)	子どもの口をふさいだ(はい)	子どもを激しく揺さぶった(はい)	該当なし(はい)
	乳幼児ゆさぶられ症候群	はい	いいえ						
子ども医療電話相談(#8000)を知っていますか。	はい	いいえ							
子どものかかりつけ医(医師)	はい	いいえ	何ともいえない						
お父さんのお母さんは妊娠中、働いていましたか。	妊娠中の就労	働いていたことがある	働いていない						
妊娠中、仕事を続けることに対して、職場から配慮をされたと思いますか。	配慮の有無	はい	いいえ						
妊娠中、マタニティマークを知っていましたか。	妊娠中の周知	知らなかった	知っていた						
マタニティマークを身につけたりするなどで利用したことがありますか。	妊娠中の利用	利用したことがある	利用したことはない						
子育て支援		支援不要	自ら対処可能	保健機関 継続支援	機関連携支援	状況確認			
	子の要因(発達)								
	子の要因(その他)								
	親、家庭の要因								
	親子関係 実件数								

様式3-2 1歳6か月児健康診査 基本情報 集計項目

疾病の発見(医科)

発育	体重	97パーセンタイル超	9パーセンタイル超	9～1パーセンタイル	1パーセンタイル未満	3パーセンタイル未満
	身長					
	身体発育不良	所見なし	1～2階級	2階級超		
運動発達	歩行の遅れ	所見なし	所見あり			
	胸郭・脊柱の変形					
	歩容					
	〇脚					
	手の使い方が未熟					
精神発達	発語の遅れ					
	視線が合わない					
	指示理解の遅れ					
感覚器	斜視					
	聴覚異常					
消化器	腹部腫瘍					
	臍ヘルニア					
泌尿生殖器	停留精巣(男児)					
	そけいヘルニア					
皮膚	アトピー性皮膚炎					
	被虐待跡					

疾病の発見(歯科)

う蝕	う蝕数	総本数	処置歯数			
	う蝕罹患型	O1型	O2型	A型	B型	C型
口腔	歯列・咬合異常	なし	あり			
	軟組織異常					
	その他異常					
	歯垢付着					

保健指導・支援

生活習慣・食習慣	朝食	ほぼ毎日食べる	週4～5日食べる	週2～3日食べる	ほとんど食べない				
	就寝時間	9時前	9時台	1時台	11時以降				
	メディアの視聴	いいえ	はい						
	おやつ回数	3回未満	3回以上						
	甘いおやつを食べる習慣	ない	ある						
	甘い飲み物を飲む習慣	ない	ある						
	母乳を飲みながら寝る習慣	ない	ある						
	哺乳瓶で飲みながら寝る習慣	ない	ある						
	歯みがき	保護者だけがみがきしている	保護者のみでみがく	子どもだけでみがく	みがかない				
	口腔機能	飲み込みない・かまずに丸飲み	ない	時々ある	いつもある				
食事のときに足裏が床についている		はい	いいえ						
水分を飲むときに使用するもの		コップ	ストローマグ	その他					
健やか親子・問診項目	子育ての相談相手	いる	いない						
	ゆったりした気分で子と過ごせる	はい	いいえ	何ともいえない					
	現在、あなた(お母さん)は喫煙をしていますか。	母	なし	あり	本数合計	本数回答者			
	現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか。	父	なし	あり	本数合計	本数回答者			
	事故防止(浴室)	はい	いいえ	該当しない					
	予防接種		四種混合	はい	いいえ				
			麻疹・風しん	はい	いいえ				
	この地域で、今後子育てをしていきたいですか。	そう思う	どちらかといえばそう思う	どちらかといえばそう思わない	そう思わない				
	お子さんのお父さんは、育児をしていますか。	よくやっている	時々やっている	ほとんどしない	何ともいえない				
	あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。	育てにくさ	いつも感じる	時々感じる	感じない				
	育てにくさを感じた際に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。	対処方法	はい	いいえ					
	子どもの社会性の発達過程	はい	いいえ						
	この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。	しつけのし過ぎがあった(はい)	感情的に叫んだ(はい)	乳幼児だけを家に残して外出した(はい)	長時間食事を与えなかった(はい)	感情的な言葉で怒鳴った(はい)	子どもの口をかさいだ(はい)	子どもを激しく揺さぶった(はい)	該当なし(はい)
		支援不要	自ら対処可能	保健機関継続支援	機関連携支援	状況確認			
	子育て支援	子の要因(発達)							
子の要因(その他)									
親・家庭の要因									
親子関係 英件数									

様式3-3 3歳児健康診査 基本情報 集計項目

疾病の発見(医科)

発育	肥満度	ふとりすぎ	ややふとりすぎ	ふとりぎみ	ふつう	やせ	やせすぎ
	低身長	所見なし	1パーセンタイル未満	3パーセンタイル未満			
	身体発育不良	所見なし	1~2階級	2階級超			
		所見なし	所見あり				
運動発達	胸郭・脊柱の変形						
	歩容						
	O脚						
	母指と示指で輪ができない						
精神発達	発語の遅れ						
	視線が合わない						
	指示理解の遅れ						
	多動						
皮膚	アトピー性皮膚炎						
	被虐痕跡						
感覚器	視覚検査	異常なし	管理中	異常の疑いあり			
	聴覚検査	異常なし	主治医管理	異常の疑い (発出時耳鼻受診)	異常の疑い(聴覚等)		

疾病の発見(歯科)

う蝕	う蝕数	総本数	乳歯歯数			
	う蝕罹患型	O型	A型	B型	C1型	C2型
口腔	歯列・咬合異常	なし	反対咬合 (下顎前突)	上顎前突 (過蓋咬合)	開咬	その他
	軟組織異常	なし	小帯	歯肉	その他	
	歯の形態・歯数異常	なし	あり			
	その他異常					
口腔習慣	指しゃぶり・おしゃぶり	なし	あり			

保健指導・支援

生活習慣・食習慣	朝食	ほぼ毎日食べる	週4~5日食べる	週2~3日食べる	ほとんど食べない		
	就寝時間	9時前	9時台	1時台	11時以降		
	メディアの視聴	いいえ	はい				
	排泄の自立	できる	手伝えばできる	できない			
	おやつ回数	3回未満	3回以上				
	甘いおやつを食べる習慣	ない	ある				
	甘い飲み物を飲む習慣	ない	ある				
	母乳を飲みながら寝る習慣	ない	ある				
	哺乳瓶で飲みながら寝る習慣	ない	ある				
	歯みがき	親が仕上げみがきする	親だけでみがく	子どもだけでみがく	ほとんどみがかない		
口腔機能	飲み込めない・かますに丸飲み	ない	時々ある	いつもある			
	食事のときに足裏が床についている	はい	いいえ				
	口を閉じて食べる	はい	いいえ				
健やか親子関係診項目	子育ての相談相手	いる	いない				
	ゆったりした気分の子と過ごせる	はい	いいえ	何ともいえない			
	現在、あなた(お母さん)は喫煙をしていますか。	母	なし	あり	本数合計	本数回答者	
	現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか。	父	なし	あり	本数合計	本数回答者	
	事故防止(転落)	はい	いいえ				
	この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。	そう思う	どちらかといえばそう思う	どちらかといえばそう思わない	そう思わない		
	お子さんのお父さんは、育児をしていますか。	よくやっている	時々やっている	ほとんどしない	何ともいえない		
	あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。	育てにくさ	いつも感じる	時々感じる	感じない		
	育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何かの解決する方法を聞いていますか。	対処方法	はい	いいえ			
	子どもの社会性の発達過程	はい	いいえ				
子育て支援	この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。	しつけやし過ぎがあった(はい)	感情的に叩いた(はい)	乳幼児だけを家に残して外出した(はい)	長時間家事を写えなかった(はい)	感情的な言葉で怒鳴った(はい)	該当なし(はい)
	子どものかかりつけ医	医師	はい	いいえ	何ともいえない		
		歯科医師					
		支援不要	自ら対処可能	保健機関継続支援	他機関連携支援	状況確認	

(様式4)

### 健康診査体制集計表

年度 市町村名

#### 3～4か月児健康診査

対象時期	(始期)	歳	か月
	(終期)	歳	か月
対象者数			人
受診者数			人
健診実施回数			回
従事者	医師		人
	歯科医師		人
	保健師		人
	助産師		人
	看護師		人
	栄養士		人
	歯科衛生士		人
	心理職種		人
	保育士		人
その他		人	

#### 1歳6か月児健康診査

対象時期	(始期)	医 科			歯 科		
		歳	か月	人	歳	か月	人
(終期)		歳	か月	人	歳	か月	人
対象者数				人			人
受診者数				人			人
健診実施回数				回			回
従事者	医師						人
	歯科医師						人
	保健師						人
	助産師						人
	看護師						人
	栄養士						人
	歯科衛生士						人
	心理職種						人
	保育士						人
その他						人	

#### 3歳児健康診査

対象時期	(始期)	医 科			歯 科		
		歳	か月	人	歳	か月	人
(終期)		歳	か月	人	歳	か月	人
対象者数				人			人
受診者数				人			人
健診実施回数				回			回
従事者	医師						人
	歯科医師						人
	保健師						人
	助産師						人
	看護師						人
	栄養士						人
	歯科衛生士						人
	心理職種						人
	保育士						人
その他						人	

様式5-1 3~4か月児健康診査 追跡情報 集計項目

保健指導・支援

子育て支援	健診時	子の要因(発達)	支援不要	自ら対処可能	保健機関 継続支援	機関連携支援	状況確認
		子の要因(その他)					
		親、家庭の要因					
		親子関係 実件数					
追跡報告	追跡報告	子の要因(発達)	支援不要	自ら対処可能	保健機関 継続支援	機関連携支援	状況不明
		子の要因(その他)					
		親、家庭の要因					
		親子関係 実件数					
健診後の支援		電話・メール相談	実施	未実施	状況不明		
		家庭訪問					
		来所等面接					
		個別支援の受け入れ	支援を受け入れた	支援を受け入れなかった	状況不明		
		保健機関事業	利用した	利用しなかった	状況不明		
		他機関事業					

疾病スクリーニング

精度管理	股関節制限	健診時	所見なし	所見あり		
		追跡報告	異常なし	異常あり (股関節異常)	異常あり (股関節疾患以外)	状況不明

様式5-2 1歳6か月児健康診査 追跡情報 集計項目

保健指導・支援

子育て支援	健診時		支援不要	自ら対処可能	保健機関 継続支援	機関連携支援	状況確認
		追跡報告			支援不要	自ら対処可能	保健機関 継続支援
健診後の支援	子の要因(発達)						
	子の要因(その他)						
	親、家庭の要因						
	親子関係						
	実件数						
	子の要因(発達)						
	子の要因(その他)						
	親、家庭の要因						
	親子関係						
	実件数						
		実施	未実施	状況不明			
電話・メール相談							
家庭訪問							
来所等面接							
		支援を受け入れた	支援を受け入れなかった	状況不明			
個別支援の受け入れ							
		利用した	利用しなかった	状況不明			
保健機関事業							
他機関事業							

様式5-3 3歳児健康診査 追跡情報 集計項目

保健指導・支援

子育て支援	健診時	子の要因(発達)	支援不要	自ら対処可能	保健機関継続支援	機関連携支援	状況確認
		子の要因(その他)					
		親、家庭の要因					
		親子関係					
		実件数					
	追跡報告	子の要因(発達)	支援不要	自ら対処可能	保健機関継続支援	機関連携支援	状況不明
		子の要因(その他)					
		親、家庭の要因					
		親子関係					
		実件数					
健診後の支援	電話・メール相談	実施	未実施	状況不明			
	家庭訪問						
	来所等面接						
	個別支援の受け入れ	支援を受け入れた	支援を受け入れなかった	状況不明			
	保健機関事業	利用した	利用しなかった	状況不明			
	他機関事業						

疾病スクリーニング

精度管理	視覚異常	健診時	異常なし	管理中	異常の疑いあり	
		追跡報告	異常なし	異常あり(視覚異常)	異常あり(視覚異常以外)	状況不明
	聴覚異常	健診時	異常なし	主治医管理	異常の疑い(滲出性中耳炎等)	異常の疑い(難聴等)
		追跡報告	異常なし	異常あり(滲出性中耳炎)	異常あり(難聴)	異常あり(上記以外)
						状況不明

※国の必須問診項目については網掛け

母子健康診査マニュアルにおける共通問診項目  
 <3~4か月児健康診査>

分類	集計項目		具体的な問診	選択肢								健やか 指標										
	項目名			1	2	3	4	5	6	7	8											
生活習慣	1	メディアの視聴	お子さんはテレビや動画、タブレット、スマートフォン等を1日2時間以上みていますか	いいえ	はい																	
	2	子育ての相談相手	子育てについて相談できる人はいいますか	いる	いない																	
	3	ゆったりとした気分が子と過ごせる	①お母さんはゆったりとした気分でお子さんとお過ごせる時間がありますか ②現在、あなた(お母さん)は喫煙をしていますか ③現在、お父さんのお父さんは喫煙をしていますか	はい	いいえ	あり(1日 本) あり(1日 本)	何とも いえ ない														重①-1	
	4	育児期間中の両親の喫煙	①現在、あなた(お母さん)は喫煙をしていますか ②現在、お父さんのお父さんは喫煙をしていますか	なし	あり(1日 本) あり(1日 本)																	A-6
	5	事故防止(誤飲)	たばこ・ボタン電池・硬貨・ピアスなどの小物(直径が39mm以下)は、1m以上の高さのところに置いてありますか	はい	いいえ																	
	6	妊娠・出産について満足している	産後、退院してからの1か月程度、助産師や保健師等からの指導・ケアは十分に受けることができましたか	はい	いいえ																	A-3
	7	妊娠中の妊婦の喫煙	妊娠中、あなた(お母さん)は喫煙をしていましたか	なし	あり(1日 本)																	A-5
	8	妊娠中の妊婦の飲酒	妊娠中、あなた(お母さん)は飲酒をしていましたか	なし	あり																	A-7
	9	栄養方法(1か月時)	生後1か月時の栄養方法はありますか	母乳	人工乳	混合																A-参7
	10	この地域で子育てをしたい	この地域で、今後も子育てをしていきたいですか	そう思う	どちらかといえば そう思う	どちらかといえば そう思わない	そう思わない															C-1
	11	父の育児参加	お子さんのお父さんは、育児をしていますか	よくやっている	時々やっている	ほとんどいない	何ともいえ ない															C-5
	12	育てにくさ対処方法	①あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか ②(設問①で「1.いつも感じる」もしくは「2.時々感じる」と回答した人に対して、)育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか	はい	いいえ																	重①-2
	13	子どもの社会性の発達過程	生後半年から1歳頃までの多くの子どもは、「親の後追いをすることを知っていますか	はい	いいえ																	重①-3
	14	体罰・暴言等によらない子育て	この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるものすべてに○を付けて下さい 赤やんが、どうしても泣き止まない時などに、赤ちゃんの頭を前後にガクガクするほど激しく揺さぶることによって、脳障害が起きること(乳幼児ゆさぶられ症候群)を知っていますか	しつつけの過ぎ があった	感情的に 叫びた	乳幼児だけを家に 残して外出した	長時間食事を 与えなかった	感情的な言葉 で怒鳴った	子どもの口を ふさいだ	子どもの顔を 揺さぶった	い ずれも 該当 しない											重②-2
	15	乳幼児揺さぶられ症候群	赤やんが、どうしても泣き止まない時などに、赤ちゃんの頭を前後にガクガクするほど激しく揺さぶることによって、脳障害が起きること(乳幼児ゆさぶられ症候群)を知っていますか	はい	いいえ																	重②-5
	16	子ども医療電話相談	子ども医療電話相談(＃8000)を知っていますか	はい	いいえ																	A-9
	17	子どものかかりつけ医	お子さんのかかりつけの医師はいいますか	はい	いいえ	何ともいえ ない																A-10
	18	就労妊婦への配慮	①お母さんのお母さんは妊娠中、働いていましたか ②(①で「1.働いていたことがある」と回答した人に対して)妊娠中、仕事を続けることに対して職場から配慮をされましたか ④妊娠中、マタニティマークを知っていましたか ⑤(④で「2.知っていた」と回答した人に対して)マタニティマークを身に付けたりするなどして利用したことがありますか	働いていたこと がある	働いていない																	C-2
	19	マタニティマーク	④妊娠中、マタニティマークを知っていましたか ⑤(④で「2.知っていた」と回答した人に対して)マタニティマークを身に付けたりするなどして利用したことがありますか	知らなかった 利用したこと がある	知っていた 利用したこと はない																	C-3

健やか親子・問診項目



















※国の必須問診項目については網掛け

母子健康診査マニュアルにおける共通問診項目  
 <1歳6か月児健康診査>

分類	集計項目		具体的な問診	選択肢								健やか 指標	
	項目名			1	2	3	4	5	6	7	8		
生活習慣	1	朝食	朝ごはんを食べていますか	ほぼ毎日食べる 週4～5日食べる 週2～3日食べる	9時台	10時台	ほとんど食べない						
	2	就寝時間	就寝時間は何時ですか		9時台	10時台	11時以降						
	3	メディアの視聴	お子さんはテレビや動画、タブレット、スマートフォン等を1日2時間以上みていますか	はい									
	4	おやつ回数	おやつとして1日に何回飲食していますか	3回未満	3回以上								
	5	甘いおやつを食べる習慣	甘いおやつ（砂糖を含むアメ、チョコレート、クッキー等）をほぼ毎日食べる習慣がありますか	ない	ある								
	6	甘い飲み物を飲む習慣	甘い飲み物（乳酸飲料、ジュース、果汁、スポーツドリンク等）をほぼ毎日飲む習慣がありますか	ない	ある								
	7	母乳を飲みながら寝る習慣	母乳を飲みながら寝る習慣がありますか	ない	ある								
	8	哺乳ビンで飲みながら寝る習慣	哺乳ビンでミルク等（お茶、水を除く）を飲みながら寝る習慣がありますか	ない	ある								
口腔機能	9	仕上げみかき	保護者が、毎日、仕上げみかきをしていますか	1 仕上げみかきをしている（子どもがみかきをしない）			2 子どもが自分でみかきかかずに保護者だけでみかきをしている			3 子どもだけでみかきかかっている		4 子どもも保護者もみかきしていない	A-11
	10	飲み込めない・かまずに丸飲み	口のためて飲み込めない、かまずに丸飲みすることがありますか	ない	時々ある	いつもある							
健やか親子問診項目	11	食事のときに足裏が床についている	食事のときに足の裏が床（足台）についていますか	はい	いいえ								
	12	水分を飲むときに利用するもの	水分（お茶、牛乳、ジュースなど）を飲むときに主に使用するものは何ですか	コップ	ストローマグ	その他							
	13	子育ての相談相手	子育てについて相談できる人はいますか	いる	いない								
	14	ゆったりした気分ですと過ごす	お母さんはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか	はい	いいえ	何ともいえない							重①-1
	15	育児期間中の両親の喫煙	①現在、あなた（お母さん）は喫煙をしていますか ②現在、お父さんのお父さんは喫煙をしていますか	なし	あり（1日 本）								
	16	事故防止（浴室）	浴室のドアには、子どもが一人で開けることができないような工夫がしてありますか	はい	いいえ	該当しない							C-参4
	17	予防接種	①四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）の予防接種（第1期初回3回）を済ませましたか ②麻疹・風しんの予防接種を済ませましたか	はい	いいえ								
	18	この地域で子育てをしたい	この地域で、今後も子育てをしていきたいですか	はい	いいえ	どちらかといえばそう思う	どちらかといえばそう思わない						
	19	父の育児参加	お子さんのお父さんは、育児をしていますか	よくやっている	時々やっている	ほとんどしない	感じない						
	20	育てにくさと対処方法	①あなた、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか ②（設問①で「1.いつも感じる」もしくは「2.時々感じる」と回答した人に対して、）育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか	はい	いいえ								
21	子どもの社会性の発達過程	1歳半から2歳頃までの多くの子どもは、「何かに興味を持った時に、指さして伝えようとする」ことを知っていますか	はい	いいえ									
22	体罰・暴言等によらない子育て	この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるものすべてに○を付けて下さい	しつづきの過ぎかあった	感情的に叫びた	乳幼児だけを家に残して外出した	長時間食事を与えなかった	感情的な言葉で怒鳴った	子どもの口をふさいだ	子どもを激しく揺さぶった	いじめ	該当しない		重②-2

母子健康診査マニュアルにおける共通問診項目【英語】

※国の必須問診項目については網掛け

<1歳6か月児健康診査>

集計項目		具体的な問診	選択肢								健やか指標		
分類	項目名		1	2	3	4	5	6	7	8			
生活習慣・食習慣	1	朝食	Does your child have breakfast?	1 Yes, almost every	2 4 to 5 days in a	3 2 to 3 days in a week	4 No, Hardly eat						
	2	就寝時間	What time does your child go to sleep?	1 Before 9:00pm	2 Around 9:00pm	3 Around 10:00pm	4 After 11:00pm						
	3	メディアの視聴	Does your child spend more than two hours a day watching a screen, such as TV, videos, or a tablet or smartphone?	1 No	2 Yes								
	4	おやつ回数	How many times does your child have snacks in a day?	1 Less than 3 times	2 More than 3 times								
	5	甘いおやつを食べる習慣	Does your child have sweet snacks such as sugar-contained candy, chocolate, cookies almost everyday?	1 No	2 Yes								
	6	甘い飲み物を飲む習慣	Does your child have sweet drinks (such as yogurt based drinks, juices, fruit juice and sports drinks) almost every day?	1 No	2 Yes								
	7	母乳を飲みながら寝る習慣	Do you put your child to sleep while breast feeding?	1 No	2 Yes								
	8	哺乳ビンで飲みながら寝る習慣	Does you put your child to sleep while drinking milk from a nursing bottle?	1 No	2 Yes								
	9	仕上げみがき	Do the parents or guardians help the child to finish brushing their teeth every day?	1 Yes, I help to finish brushing the teeth of the child.			2 Yes, only the parents brush the teeth of the child.		3 No, only the child brushes their teeth.	4 No, neither parents nor children brush their teeth.			A-11
口腔機能	10	飲み込みえない・かまずに丸飲み	Does your child ever hold food in their mouth without swallowing it, or swallow food whole without chewing?	1 Never	2 Sometimes	3 All the time							
	11	食事のときに足裏が床についている	Are the soles of your child's feet flat on the floor (or a footstool) while they are eating?	1 Yes	2 No								
	12	水分を飲むときに利用するもの	What does your child usually use to drink out of (tea, milk, juice, or other drink)?	1 Cup	2 Sippy cup	3 Other							
健やか親子・問診項目	13	子育ての相談相手	Do you have someone who you can talk to about bringing up children?	1 Yes	2 No								
	14	ゆったりとした気分で子どもと過ごす	Do you (or the mother of the child) have enough time to relax and spend time with the child?	1 Yes	2 No	3 I don't know.						重①-1	
	15	育児期間中の両親の喫煙	①Are you (or the mother of the child) currently smoking?	1 No	2 Yes(per day )							A-6	
			②Is the father of the child currently smoking?	1 No	2 Yes(per day )								
	16	事故防止 (浴室)	Do you (or the guardians of the child) devise ways and means so that the child can not open the bathroom door?	1 Yes	2 No	3 Not relevant.						C-参4	
	17	予防接種	①Did you (or the mother of the child) vaccinate the child against the 4 viral diseases; diphtheria, pertussis, tetanus, and poliovirus, 3 times after birth?	1 Yes	2 No								A-参10
			②Did you (or the mother of the child) vaccinate the child against MR; measles and rubella?	1 Yes	2 No								
	18	この地域で子育てをしたい	Going forward, will you continue to raise your child in this city?	1 Yes, I will.	2 Yes, I would prefer to.	3 No, I would prefer not to.	4 No, I won't.						C-1
19	父の育児参加	Is the father willing to participate in raising the child?	1 Yes	2 Sometimes	3 Rarely	4 I don't know.						C-5	
20	育てにくさに対処方法	①Do you (or the mother of the child) ever feel as though you have difficulties in raising the child?	1 Always	2 Sometimes	3 Not at all							重①-2	
		②Please answer the following questions if you circled (1) (2) for the above question. Are you (or the mother of the child) aware of the relevant parties to consult with in order to solve the difficulties?	1 Yes	2 No									
21	子どもの社会性の発達過程	Do you know that many children around 1.5 to 2 years of age "try to show what interests them by pointing with their fingers"?	1 Yes	2 No								重①-3	
22	体罰・暴言等によらない子育て	Did any of the incidents mentioned on the right occur in the last few months? Please circle all appropriate responses.	1 I overdid it when disciplining my child.	2 I hit my child in frustration.	3 I went out leaving my child home alone.	4 I didn't feed my child for a long time.	5 I yelled at my child.	6 I covered the mouth of my child with something.	7 I shook my child violently.	8 None of the above is applicable.			重②-2

母子健康診査マニュアルにおける共通問診項目【韓国語】

※国の必須問診項目については網掛け

<1歳6か月児健康診査>

集計項目		具体的な問診	選択肢								健やか指標
分類	項目名		1	2	3	4	5	6	7	8	
生活習慣・食習慣	1 朝食	아침밥을 먹습니까?	1 거의 매일 먹는다	2 주 4~5일 먹는다	3 주 2~3일 먹는다	4 거의 먹지 않는다					
	2 就寝時間	취침 시간은 몇시입니까?	1. 9시 전	2. 9시 쯤	3. 10시 쯤	4. 11시 이후					
	3 미디어의視聴	자녀분은 TV나 동영상, 태블릿, 스마트폰 등을 하루 2시간 이상 사용합니까?	1 아니요	2 네							
	4 おやつ回数	간식을 하루에 몇번 먹습니까?	1.3회 미만	2.3회 이상							
	5 甘いおやつを食べる習慣	단 음식(당분을 포함한 사탕, 초콜릿, 쿠키 등)을 거의 매일 먹는 습관이 있습니까?	1 없다	2 있다							
	6 甘い飲み物を飲む習慣	단 음료(유산 음료, 주스, 과즙, 스포츠 드링크 등)를 거의 매일 마시는 습관이 있습니까?	1 없다	2 있다							
	7 母乳を飲みながら寝る習慣	모유를 마시면서 자는 습관이 있습니까?	1 없다	2 있다							
	8 哺乳瓶で飲みながら寝る習慣	포유병으로 우유 등(자, 물을 제외함)을 마시면서 자는 습관이 있습니까?	1 없다	2 있다							
	9 仕上げみかき	보호자가 매일 마무리 양치질을 해주고 있습니까?	1 마무리 양치질을 해주고 있다 (아이가 직접 양치질을 한 후, 보호자가 마무리 양치질을 하고 있다)			2 아이가 스스로 양치질을 하지 않고 보호자가 해주고 있다		3 아이 혼자 양치질을 하고 있다		4 아이·보호자 모두 양치질을 하지 않는다	
口腔機能	10 飲み込めない・かまずに丸飲み	입안에 넣은채 삼키지 못하는 경우나, 씹지 않고 삼켜버리는 경우가 있습니까?	1 없음	2 가끔 있음	3 자주 있음						
	11 食事のときに足裏が床についている	식사를 할 때 발바닥이 마루(별판)에 닿고 있습니까?	1 네	2 아니요							
	12 水分を飲むときに利用するもの	음료(차, 우유, 주스 등)를 마실 때 주로 무엇을 씹습니까?	1 컵	2 빨대컵	3 기타						
健やか親子・問診項目	13 子育ての相談相手	육아에 대해 상담할 수 있는 사람이 있습니까?	1 있다	2 없다							
	14 ゆったりした気分で子と過ごせる	어머니는 느긋한 기분으로 자녀분과 보낼 수 있을 시간이 있습니까?	1 있다	2 없다	3 잘 모르겠다						重①-1
	15 育児期間中の両親の喫煙	①현재 본인(모친)은 흡연을 합니까?	1 하지 않는다	2 한다(1일 개피)							A-6
		②현재 아이의 부친은 흡연을 합니까?	1 하지 않는다	2 한다(1일 개피)							
	16 事故防止 (浴室)	욕실 문은 아이가 혼자서 열 수 없게 되어 있습니까?	1 네	2 아니요	3 해당사항이 없다						C-參4
	17 予防接種	①4종 혼합(디프테리아·백일해·파상풍·소아마비) 예방접종(제1기 첫 회 3회)을 완료했습니까?	1 네	2 아니요							A-參10
		②홍역·풍진 예방접종을 완료했습니까?	1 네	2 아니요							
	18 この地域で子育てをしたい	앞으로도 이 지역에서 육아를 하고 싶습니까?	1 네	2 약간 그렇다	3 약간 아니다	4 아니다					C-1
	19 父の育児参加	아이의 부친은 육아를 하고 있습니까?	1 잘 한다	2 가끔 한다	3 거의 하지 않는다	4 잘 모르겠다					C-5
	20 育てにくさと対処方法	①본인(모친)은 아이 키우기가 힘들다고 느껴집니까?	1 항상 그렇다	2 가끔 그렇다	3 그렇지 않다						重①-2
②위의 질문에 '1.항상 그렇다' 또는, '2.가끔 그렇다'라고 답하신 분만 응답해 주십시오. 키우기 힘들다고 느껴질 때의 상담처나 그 밖의 해결방법을 알고 있습니까?		1 네	2 아니요								
21 子どもの社会性の発達過程	만 1세 6개월에서 만 2세 정도까지의 많은 아이들이 '관심이 있는 것을 손으로 가리켜서 알려려고 한다'는 것을 알고 있습니까?	1 네	2 아니요							重①-3	
22 体調・暴言等によらない子育て	최근 수개월 동안 가정에서 다음과 같은 행동을 한 적이 있습니까? 해당하는 모든 사항에 ○를 하십시오.	1 지나치게 그쳤다	2 감정적으로 때렸다	3 영유아만 집에 남겨두고 외출했다	4 장시간 식사를 주지 않았다	5 감정적으로 호통쳤다	6 아이의 입을 막았다	7 아이를 심하게 혼들었다	8 해당사항이 없다		重②-2

母子健康診査マニュアルにおける共通問診項目【中国語】

※国の必須問診項目については網掛け

<1歳6か月児健康診査>

集計項目		具体的な問診	選択肢								健やか指標	
分類	項目名		1	2	3	4	5	6	7	8		
生活習慣・食習慣	1	朝食	毎朝都吃早饭嗎？	1 每天都吃	2 一週吃4~5天	3 一週吃2~3天	4 幾乎不吃					
	2	就寝時間	每晚幾點睡覺？	1 9點之前	2 9~10點	3 10~11點	4 11點以後					
	3	メディアの視聴	孩子看电视、视频、平板电脑、智能手机等一天是否超过两个小时？	1 不超过	2 超过							
	4	おやつのお返し	每天吃幾次零食（間食）？	1 3次以下	2 3次以上							
	5	甘いおやつを食べる習慣	有每天都吃甜食（包括糖類・巧克力・甜餅干等）的習慣嗎？	1 沒有	2 有							
	6	甘い飲み物を飲む習慣	有每天都喝甜飲料（酸奶・飲料・果汁・保健飲料等）的習慣嗎？	1 沒有	2 有							
	7	母乳を飲みながら寝る習慣	孩子有邊吃奶（母乳）邊睡覺的習慣嗎？	1 沒有	2 有							
	8	哺乳びんで飲みながら寝る習慣	孩子有邊喝奶瓶的瓶（茶・水除外）邊睡覺的習慣嗎？	1 沒有	2 有							
	9	仕上げみがき	家长或监护人是否每天都会帮孩子刷牙？	1 协助孩子刷牙（在孩子独立完成前，再由大人帮忙刷一次）			2 不是由孩子独立完成，而是完全由大人帮助完成的		3 由孩子自己独立完成	4 孩子既不会自行刷牙，家长、监护人也不会帮忙		A-11
口腔機能	10	飲み込めない・かまずに丸飲み	是否会含在口中不能吞咽或不咀嚼直接吞咽？	1 沒有	2 有时会	3 经常会						
	11	食事のときに足裏が床についている	用餐时脚掌是否放在地板（脚凳）上？	1 是	2 不是							
	12	水分を飲むときに利用するもの	喝水（茶、牛奶、果汁等）时主要使用什么工具？	1 杯子	2 带吸管杯子	3 其他						
健やか親子・問診項目	13	子育ての相談相手	在带宝宝过程中有可以商量的人嗎？	1 有	2 沒有							
	14	ゆったりした気分で子と過ごせる	母亲和孩子在一起的时间感到很轻松愉快。	1 是	2 不是	3 前面两个都不是					重①-1	
	15	育児期間中の両親の喫煙	①現在您（孕妇）吸烟嗎？	1 不是	2 是							A-6
			②現在孩子的父亲吸烟嗎？	1 不是	2 是							
	16	事故防止（浴室）	在浴室门上下功夫，防止孩子独自打开浴室门	1 是	2 不是	3 前面两个都不是					C-参4	
	17	予防接種	①是否进行了四种混合（白喉・百日咳・破伤风・小儿麻痹）疫苗接种（第1期的初次3次）。	1 是的	2 还没有							A-参10
			②是否进行了麻疹・风疹的疫苗接种？	1 是的	2 还没有							
	18	この地域で子育てをしたい	今后仍计划留在现在的小区内进行育儿。	1 是的	2 总的来说，留下的可能性比较大	3 总的来说离开的可能性比较大	4 不是					C-1
19	父の育児参加	孩子的父亲是否一同参与了育儿。	1 经常	2 偶尔	3 几乎不参与	4 说不准					C-5	
20	育てにくさと対処方法	①在育儿方面是否感到很吃力。	1 经常有这种感觉	2 偶尔有这种感觉	3 没有感觉						重①-2	
		②以上问题，您选择了「1经常有这种感觉」或「2偶尔有这种感觉」的话，请继续回答以下问题 当您在育儿感到很吃力的时候，知道去哪里可以提供咨询嗎？或者知道具体的解决方法嗎？	1 是	2 不是								
		大多数一岁半到2岁左右的孩子，对于感兴趣的事情会用手指出，并向大人传达。这个您知道吗？	1 知道	2 不知道								
21	子どもの社会性の発達過程										重①-3	
22	体罰・暴言等によらない子育て	最近几个月期间，您家里是否出现过以下情况？请在符合情况处划○。	1 管教过于严厉	2 打孩子	3 把婴幼儿单独留在家里，外出。	4 长期让孩子处于饥饿状态	5 大声斥责孩子	6 捂住孩子的口鼻	7 大幅度摇晃孩子	8 以上哪种情况都没有发生过		重②-2

母子健康診査マニュアルにおける共通問診項目【ポルトガル語】

※国の必須問診項目については網掛け

<1歳6か月児健康診査>

分類	集計項目		選択肢								健やか指標		
	項目名	具体的な問診	1	2	3	4	5	6	7	8			
生活習慣・食習慣	1	朝食	A criança toma café da manhã?	1 Quase todos os dias	2 4 a 5 vezes por semana	3 2 a 3 vezes por semana	4 Quase nunca						
	2	就寝時間	A que horas a criança dorme?	1 Antes das 9 da noite	2 Entre 9 e 10 da noite	3 Entre 10 e 11 da noite	4 Após às 11 da noite						
	3	メディアの視聴	O(a) seu(sua) filho(a) assiste TV ou vídeos, usa tablet, smartphone entre outros, 2 horas ou mais por dia?	1 Não	2 Sim								
	4	おやつ回数	Quantas vezes por dia come lanches (doces ou salgados que não as refeições normais)?	1 Menos de 3 vezes por dia	2 3 ou mais vezes por dia								
	5	甘いおやつを食べる習慣	A criança tem o costume de comer doces todos os dias? (balas açucaradas, chocolates, biscoitos, etc)	1 Não	2 Sim								
	6	甘い飲み物を飲む習慣	A criança tem costume de tomar todos os bebidas açucaradas? (yakult e similares, sucos, bebidas esportivas, etc)	1 Não	2 Sim								
	7	母乳を飲みながら寝る習慣	A criança tem o costume de dormir enquanto mamando?	1 Não	2 Sim								
	8	哺乳瓶で飲みながら寝る習慣	A criança tem o costume de dormir enquanto bebendo leite, etc (exceto água e chá) na mamadeira?	1 Não	2 Sim								
	9	仕上げみがき	Os pais/responsáveis realizam o acabamento da escovação dos dentes todos os dias?	1 Realizam o acabamento (após a criança escovar, os pais/responsáveis realizam o acabamento)			2 A criança não escova sozinha e somente os pais/responsáveis escovam		3 Somente a criança escova		4 Nem a criança nem os pais/responsáveis escovam		A-11
口腔機能	10	飲み込めない・かまずに丸飲み	Alguma vez não consegue engolir a comida apesar de tê-la na boca, ou engole sem mastigá-la?	1 Não	2 Sim	3 Sempre							
	11	食事のときに足裏が床についている	A sola dos pés toca no chão (ou no apoiador para os pés) no momento da refeição?	1 Sim	2 Não								
	12	水分を飲むときに利用するもの	O que usa geralmente quando bebe líquido (chá, leite, suco, etc.)?	1 Copo	2 Canudo	3 Outros							
健やか親子・問診項目	13	子育ての相談相手	Você tem alguém com quem consultar a respeito do crescimento dos seus filhos?	1 Sim	2 Não								
	14	ゆったりした気分で子どもと過ごせる	A mãe tem tempo para passar à vontade com a criança?	1 Sim	2 Não	3 Nenhum dos dois						重①-1	
	15	育児期間中の両親の喫煙	①Você (mãe) fuma atualmente? ②O pai da criança fuma atualmente?	1 Não	2 Sim (cigarros)							A-6	
	16	事故防止 (浴室)	Há alguma adaptação na porta do banheiro para que a criança não abra sozinha?	1 Sim	2 Não	3 Não se aplica						C-参4	
	17	予防接種	①Tomou a vacina quadrivalente (difteria, coqueluche, tétano, poliomielite) (As 3 primeiras vacinas da 1a fase)? ②Tomou a vacina contra rubéola e sarampo?	1 Sim	2 Não							A-参10	
	18	この地域で子育てをしたい	Você pretende criar a criança futuramente nesta região?	1 Acho que sim	2 Entre o sim e o não, acho que sim	3 Entre o sim e o não, acho que não	4 Acho que não					C-1	
	19	父の育児参加	O pai da criança realiza as tarefas de criação do bebê?	1 Sim, bastante	2 Às vezes	3 Quase nada	4 Nada					C-5	
	20	育てにくさと対処方法	①Você sente dificuldade com relação à criação da criança? ②Perguntas para aqueles que responderam 1 (Sempre) ou 2 (Às vezes) Quando sente dificuldades de criação, sabe onde realizar consultas e como proceder para resolver o caso?	1 Sempre	2 Às vezes	3 Não sinto						重①-2	
	21	子どもの社会性の発達過程	Você sabia que muitas crianças com cerca de 1 ano e meio - 2 anos "apontam com o dedo quando demonstram interesse em algo"?	1 Sim	2 Não							重①-3	
	22	体罰・暴言等によらない子育て	Nos últimos meses ocorreram as seguintes coisas no lar? Circule todas as alternativas que se enquadram.	1 Houve excesso de educação	2 Bati por impulso	3 Deixei o bebê sozinho na casa e sai	4 Não dei refeição por um longo período	5 Gritei por impulso	6 Tampei a boca da criança	7 Balancei a criança violentamente	8 Nenhuma das alternativas		重②-2

母子健康診査マニュアルにおける共通問診項目【スペイン語】  
 <1歳6か月児健康診査>

※国の必須問診項目については網掛け

分類	集計項目		選択肢								健やか指標			
	項目名	具体的な問診	1	2	3	4	5	6	7	8				
生活習慣・食習慣	1	朝食	El niño toma desayuno?	1 Casi todos los días	2 4 ~ 5 días a la semana	3 2 ~ 3 días a la semana	4 Casi nunca toma							
	2	就寝時間	Cuál es el horario en que el niño se acuesta?	1 Antes de las 9:00 p.m.	2 Dentro de las 9:00~10:00 p.m.	3 Dentro de las 10:00~11:00 p.m.	4 Después de las 11:00 p.m.							
	3	メディアの視聴	¿Su hijo/a, ve televisión, videos, tableta, celular, etc., más de dos horas al día?	1 No	2 Sí									
	4	おやつ回数	Como merienda, cuántas veces el niño come y bebe al día?	1 Menos de 3 veces	2 Más de 3 veces									
	5	甘いおやつを食べる習慣	El niño tiene la costumbre de comer cosas dulces tales como; chocolates, galletas, incluyendo caramelos que contengan azúcar, casi todos los días?	1 No la tiene.	2 Sí la tiene.									
	6	甘い飲み物を飲む習慣	El niño tiene la costumbre de beber bebidas lácticas tales como; refrescos, jugo de frutas, bebidas deportivas entre otras, casi todos los días?	1 No la tiene.	2 Sí la tiene.									
	7	母乳を飲みながら寝る習慣	El niño tiene la costumbre de quedarse dormido mientras bebe la leche materna?	1 No la tiene.	2 Sí la tiene.									
	8	哺乳ビンで飲みながら寝る習慣	Tiene la costumbre de dormir mientras está bebiendo algún líquido con la mamadera? (excluyendo el Ocha (té) y Agua )	1 No la tiene.	2 Sí la tiene.									
	9	仕上げみがき	La persona encargada del cuidado del niño/a, ¿le limpia los dientes cada día?	1 1 Limpieza final de los dientes (después de que el niño/a se limpia los dientes, la persona a cargo de su cuidado le revisa y hace una limpieza final)			2 El niño/a no se limpia los dientes, la persona a cargo de su cuidado se los limpia solo/a		3 El niño/a se limpia los dientes solo/a		4 Nadie le limpia los dientes al niño/a		A-11	
口腔機能	10	飲み込めない・かまずに丸飲み	¿Hay casos en que el/ella mantenga la comida en la boca sin poder tragarla, o que la trague sin masticarla?	1 Nunca	2 A veces	3 Siempre								
	11	食事のときに足裏が床についている	¿Al comer, está sentado/a tocando el suelo con los pies, o sobre un banquito?	1 Sí	2 No									
	12	水分を飲むときに利用するもの	¿Usualmente, qué utiliza para tomar líquidos (té, leche, jugo, etc.)?	1 Vaso	2 Taza con popote	3 Otros								
健やか親子・問診項目	13	子育ての相談相手	Tiene alguna persona a quien pueda hacerle consultas referentes a la crianza del niño?	1 Sí la tengo	2 No la tengo									
	14	ゆったりした気分で子どもと過ごせる	Tiene la madre tiempo para poder estar junto a su hijo(a) relajada y fuera de tensiones?	1 Sí	2 No	3 No le podría decir nada							重①-1	
	15	育児期間中の両親の喫煙	①¿Fuma usted (la madre) actualmente?	1 No	2 Sí (— cigarrillos diarios)								A-6	
			②¿Fuma actualmente el padre del niño/a?	1 No	2 Sí (— cigarrillos diarios)									
	16	事故防止 (浴室)	La puerta del cuarto de baño esta trancada de alguna forma que el niño no pueda entrar y salir por sí mismo?	1 Sí	2 No	3 Ninguna de las anteriores							C-参4	
	17	予防接種	①¿Ha hecho usted (la madre) que el niño/a reciba la vacuna cuádruple (difteria, tosferina, tétano, polio) (primer período 3 primeras dosis)?	1 Sí	2 No									A-参10
			②¿Ha hecho usted (la madre) que el niño/a reciba la vacuna del sarampión y la rubéola?	1 Sí	2 No									
	18	この地域で子育てをしたい	¿Piensa usted (la madre) seguir criando sus niños en esta región?	1 Sí	2 Creo que sí	3 Creo que no	4 No							C-1
	19	父の育児参加	¿Participa el padre del niño/a en su crianza?	1 Sí, participa activamente	2 Algunas veces participa	3 No participa casi nunca	4 No sé decir							C-5
	20	育てにくさと対処方法	①¿Siente usted (la madre) dificultades en la crianza de su niño/a?	1 Siempre	2 Algunas veces	3 No								重①-2
②Las personas que respondieron “1.Siempre” o “2.Algunas veces” a la pregunta anterior, por favor responder, Cuando ha sentido estas dificultades en la crianza, ¿conoció usted (la madre) de algún método para solucionar esta situación, tales como un sitio donde hacer una consulta, etc.?			1 Sí	2 No										
21	子どもの社会性の発達過程	¿Sabía usted (la madre) que, a partir del año y medio de edad hasta los 2 años, la mayoría de los niños “señalan con el dedo aquello que les llama la atención”?	1 Sí	2 No									重①-3	
22	体罰・暴言等によらない子育て	Durante estos recientes meses, ¿han ocurrido situaciones como las descritas a continuación en su familia? Por favor, indique con un círculo las que correspondan	1 Excesiva acción de disciplina	2 Golpes basados en las emociones	3 Ha dejado solo al bebé en casa	4 No ha alimentado al bebé por un largo tiempo	5 Lo ha regañado con palabras de alto contenido emocional	6 Ha tapado la boca del niño/a	7 Ha sacudido violentamente al niño/a	8 Ninguna de las anteriores			重②-2	

母子健康診査マニュアルにおける共通問診項目【タガログ語】  
 <1歳6か月児健康診査>

※国の必須問診項目については網掛け

分類	集計項目		選択肢								健やか指標			
	項目名	具体的な問診	1	2	3	4	5	6	7	8				
生活習慣・食習慣	1	朝食	Kumakain ba ng almusal ang iyong anak?	1 Halos araw-araw	2 4 - 5 araw sa 1 linggo	3 2 -3 araw sa 1 linggo	4 Bihira							
	2	就寝時間	Anong oras ba natutulog ang iyong anak?	1 Bago mag alas 9:00ng	2 mga alas 9:00ng	3 mga alas 10:00ng	4 alas 11:00ng pataas							
	3	メディアの視聴	Nanonood ba ng TV, mga pelikula, sa tablet, o sa smartphone nang mahigit sa 2 oras kada araw ang anak mo?	1 Hindi	2 Oo									
	4	おやつ回数	Sa loob ng isang araw, ilang beses bang nag-iisnak ang iyong anak?	1 Kulang sa 3 beses	2 Higit sa 3 beses									
	5	甘いおやつを食べる習慣	Ugali ba ng anak mo ang kumakain halos araw-araw ng matatamis na isnak (tulad ng matatamis na kendi, tsokolate, cookies, atbp.,)?	1 Oo	2 Hindi									
	6	甘い飲み物を飲む習慣	Ugali ba ng anak mo ang uminom halos araw-araw ng matatamis na inumin (tulad ng mga inuming may yoghurt, fruit juice, sports drink, atbp.,)?	1 Oo	2 Hindi									
	7	母乳を飲みながら寝る習慣	Ugali ba ng anak mo ang makatulog habang dumidede sa suso mo?	1 Oo	2 Hindi									
	8	哺乳瓶で飲みながら寝る習慣	Ugali ba ng anak mo ang makatulog habang dumidede ng gatas (o tsa o tubig o inuming tulad nito) sa bote?	1 Oo	2 Hindi									
	9	仕上げみがき	Magulang/Tagapag-alaga, araw-araw, kayo ba ang nagtatapos sa pagba-brush ng ngipin ng bata?	1 Tumatapos sa pagbrush sa ngipin ng bata ( pagkatapos na makapagbrush ng ngipin ang bata, bina-brush muli ng magulang ang ngipin bilang pangatapos.			2 Hindi nagba-brush ang bata, magulang lang ang nagsasagawa nito.	3 Ang bata lamang ang nagba-brush sa ngipin.	4 Hindi nagba-brush sa bata at magulang.				A-11	
口腔機能	10	飲み込めない・かまずに丸飲み	May nailagay na ba sila sa kanilang bibig nang hindi ito nilulunok o nalunok ito nang buo nang hindi nginunquva?	1 Hindi	2 Paminsan-minsan	3 Palagi								
	11	食事のときに足裏が床についている	Kapag kumakain, inilalapat ba nila ang talampakan ng kanilang mga paa sa sahig (o patungan ng paa)?	1 Oo	2 Hindi									
	12	水分を飲むときに利用するものの	Anong uri ng lalagyan ang pangunahin nilang ginagamit sa pag-inom ng mga likido (tsaa, gatas, juice, atbp.,)?	1 Tasa	2 Basong may straw	3 Iba pa								
健やか親子・問診項目	13	子育ての相談相手	Meron ka bang mahihingan ng payo hinggil sa pag-aalaga ng bata?	1 Meron	2 Wala									
	14	ゆったりした気分で子どもと過ごせる	Mayroon bang oras ang ina para gugulin kasama ng bata sa pagre-relax o komportableng kalagayan?	1 Oo	2 Hindi	3 Hindi ko masabi.							重①-1	
	15	育児期間中の両親の喫煙	① Sa kasalukuyan, ikaw (ina) ba ay naninigarilyo?	1 Hindi	2 Oo ( ) stick ng sigarilyo								A-6	
			② Sa kasalukuyan, ang ama ba ng bata ay naninigarilyo?	1 Hindi	2 Oo ( ) stick ng sigarilyo									
	16	事故防止 (浴室)	Ang pintuan ba ng banyo o paliguan ay ginawaan ng paraan para hindi mabuksan mag-isa ng bata?	1 Oo	2 Hindi	3 Walang tumutugma.							C-参4	
	17	予防接種	① Nakumpleto ba ang 4 na uri ( Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio ) na bakuna (1st Period unang 3 beses)?	1 Oo	2 Hindi									A-参10
			② Nakumpleto ba ang bakuna para sa tigdas・german measles?	1 Oo	2 Hindi									
	18	この地域で子育てをしたい	Sa lugar na ito, nais mo bang ipagpatuloy ang pagpapalaki sa bata?	1 Sa palagay ko ay oo.	2 Kung pamimilin sa palagay ko ay oo.	3 Kung pamimilin sa palagay ko ay hindi.	4 Sa palagay ko ay hindi							C-1
19	父の育児参加	Ang ama ba ng bata ay tumutulong sa pag-aalaga?	1 Tumutulong ng mabuti.	2 Paminsan-minsan ay tumutulong.	3 Halos hindi tumutulong.	4 Hindi ko masabi.							C-5	
20	育てにくさと対処方法	① Ikaw ba ay nakadarama ng hirap sa pag-aalaga sa anak?	1 Palaging nakadarama.	2 Nakadarama paminsan-minsan.	3 Hindi nakadarama.								重①-2	
		② (Para sa mga sumagot ng 「1 Palaging Nakadarama」[2 Nakadarama Paminsan-minsan] sa tanong na nasa itaas, pakisuyong sagutan ang mga tanong na nasa ibaba.) Kapag nakadama ng hirap sa pag-aalaga, alam mo ba kung saan maaaring humingi ng payo o may alam ka bang paraan para ito ay malutas?	1 Oo	2 Hindi										
21	子どもの社会性の発達過程	Alam ba ninyo na ang karamihan sa mga batang mula sa 1taon at ika-6 na buwan hanggang 2 taon gulang ay 「nagsasabi sa pamamagitan ng pagtuturo ng daliri kapag mayroon siyang napag-interesang bagay」?	1 Oo	2 Hindi									重①-3	
22	体罰・暴言等によらない子育て	Nitong mga nakaraang buwan, mayroon bang mga pangyaayri sa tahanan tulad ng nasa ibaba? Bilugan ang lahat ng tumutugmang kasagutan.	1 Nagkaroon ng mahigpit na pagdidisiplina.	2 Emosyonal na napalo.	3 Umalis at iniwang mag-isa lang ang bata sa bahay.	4 Hindi nabigyan ng pagkain sa mahabang oras.	5 Emosyonal na nasigawan.	6 Tinakpan ang bibig ng bata.	7 Inalag ng matindi ang bata.	8 Walang tumutugma alinman.			重②-2	

<1歳6か月児健康診査>

分類	集計項目		選択肢								健やか指標		
	項目名	具体的な問診	1	2	3	4	5	6	7	8			
生活習慣・食習慣	1	朝食	Apakah anak anda ada makan pagi?	1. Ya, hampir setiap hari	2. 4 sampai 5 hari seminggu	3. 2 sampai 3 hari seminggu	4. Jarang sekali						
	2	就寝時間	Jam berapa anak anda tidur malam?	1. Sebelum jam 9	2. dalam jam 9	3. dalam jam 10	4. Setelah jam 11						
	3	メディアの視聴	Apakah anak Anda melihat TV atau video, tablet, smartphone 2 jam lebih sehari?	1. Tidak	2. Ya								
	4	おやつ回数	Anak anda berapa kali makan (minum) sehari untuk makanan ringan (jajan)?	1. Kurang dari 3 kali	2. Tiga kali atau lebih								
	5	甘いおやつを食べる習慣	Makanan manis dan ringan ( permen ,gula-gula, coklat, kue, dll) Apakah anak anda memakan hampir setiap hari ?	1. Tidak	2. Ya								
	6	甘い飲み物を飲む習慣	Minuman (minuman susu asam, jus, jus buah, minuman olahraga, dll) Apakah anak anda meminum hampir setiap hari ?	1. Tidak	2. Ya								
	7	母乳を飲みながら寝る習慣	Apakah anak anda memiliki kebiasaan waktu mau tidur, sambil minum ASI (air susu ibu)?	1. Tidak	2. Ya								
	8	哺乳瓶で飲みながら寝る習慣	Apakah anak anda memiliki kebiasaan waktu mau tidur, minum susu atau yang lain (kecuali teh , air putih) pakai botol susu?	1. Tidak	2. Ya								
	9	仕上げみがき	Apakah penjaga anak (ibu/ayah dll) menyikat gigi anak setiap hari?	1. Menyikat gigi setiap hari (Menyikat gigi anak setelah anak menyikat giginya sendiri)			2. Anak tidak menyikat giginya sendiri tapi langsung disikatkan giginya		3. Anak menyikat giginya sendiri tanpa diikuti penyikatan gigi oleh penajanya		4. Anak maupun penjaganya tidak menyikat gigi anak		A-11
口腔機能	10	飲み込めない・かまずに丸飲み	Apakah pernah makanan dikumpul di mulut tidak ditelan atau ditelan bulat-bulat tanpa dikunyah?	1. Tidak pernah	2. Kadang dilakukan	3. Selalu dilakukan							
	11	食事のときに足裏が床についている	Apakah ketika makan menapakkan telapak kaki di lantai (tatakan kaki)?	1. Ya	2. Tidak								
	12	水分を飲むときに利用するものの	Apakah yang utama dipakai ketika minum cairan (teh, susu, jus, dll)?	1. Gelas	2. Mug sedotan	3. Lain-lain							
健やか親子・問診項目	13	子育ての相談相手	Apakah ada orang yang dapat berkonsultasi mengenai penitipan anak?	1. Iya	2. Tidak								
	14	ゆったりした気分で子どもと過ごせる	Apakah anda mempunyai waktu santai bersama anak anda?	1. Iya	2. Tidak	3. Tidak mengatakan apa-apa						重①-1	
	15	育児期間中の両親の喫煙	①Saat ini apakah Anda (Ibu) perokok? ②Saat ini apakah Ayah anak ini perokok?	1. Tidak	2. Iya (sehari ... batang)							A-6	
	16	事故防止 (浴室)	Apakah pintu kamar mandi anda sudah dirancang untuk tidak bisa dibuka oleh anak kecil?	1. Iya	2. Tidak	3. Tidak satupun jawaban yang sesuai						C-参4	
	17	予防接種	①Apakah Anda telah memberi vaksinasi kombinasi empat komponen pada anak Anda? (difteri, pertusis, tetanus, polio) (tahap pertama 3 kali pada awalnya) ②Apakah Anda telah memberi vaksinasi campak dan rubella pada anak Anda?	1. Iya	2. Tidak							A-参10	
	18	この地域で子育てをしたい	Apakah Anda ingin terus membesarkan anak Anda di masa depan di area ini?	1. Iya	2. Sepertinya iya	3. Sepertinya tidak	4. Tidak					C-1	
	19	父の育児参加	Apakah ayah anak Anda ikut merawat anak?	1. Sering	2. Kadang-kadang	3. Hampir tidak pernah	4. Tidak bisa memberi jawaban					C-5	
	20	育てにくさと対処方法	①Apakah Anda merasa kesulitan dalam membesarkan anak? ②Jika merasa kesulitan dalam membesarkan anak, apakah Anda mengetahui metode pemecahannya, seperti tempat konsultasi dll?	1. Selalu merasa	2. Kadang-kadang merasa	3. Tidak merasa						重①-2	
21	子どもの社会性の発達過程	Apakah Anda mengetahui banyak anak usia 1 setengah tahun hingga 2 tahun "menggunakan telunjuknya untuk menunjukkan minatnya terhadap sesuatu"?	1. Iya	2. Tidak							重①-3		
22	体罰・暴言等によらない子育て	Selama beberapa bulan terakhir, apakah Anda melakukan hal-hal berikut di rumah Anda? Silakan beri tanda ○ pada semua jawaban yang cocok.	1. Terlalu menerapkan disiplin	2. Memukul dengan emosi	3. Meninggalkan anak sendiri di rumah	4. Tidak memberi makan dalam waktu lama	5. Berteriak marah dengan emosi	6. Membekap mulut anak	7. Mengguncang anak dengan keras	8. Tidak satupun jawaban yang sesuai		重②-2	

母子健康診査マニュアルにおける共通問診項目【ベトナム語】

※国の必須問診項目については網掛け

<1歳6か月児健康診査>

分類	集計項目		選択肢								健やか指標		
	項目名	具体的な問診	1	2	3	4	5	6	7	8			
生活習慣・食習慣	1	朝食	Có ăn sáng không?	1: Ăn mỗi ngày	2: 4~5 ngày/tuần	3: 2~3 ngày/tuần	4: Hầu như không ăn						
	2	就寝時間	Giờ ngủ vào lúc nào?	1: Trước 9h	2: 9h hơn	3: 10h hơn	4: sau 11h						
	3	メディアの視聴	Con của bạn có xem TIVI hoặc hình ảnh video, máy tính bảng, điện thoại di động, v.v... hơn 2 tiếng đồng hồ trong 1 ngày hay không?	1 Không	2 Có								
	4	おやつ回数	Ăn bữa ăn phụ (ăn thêm) 1 ngày mấy lần?	1: Chưa tới 3 lần	2: 3 lần trở lên								
	5	甘いおやつを食べる習慣	Có thói quen thường ăn đồ ngọt mỗi ngày như kẹo ngậm có đường, sô cô la, bánh quy... không?	1 Không	2 Có								
	6	甘い飲み物を飲む習慣	Có thói quen thường uống thức uống ngọt mỗi ngày như sữa, nước ngọt, nước trái cây, nước uống thể thao... không?	1 Không	2 Có								
	7	母乳を飲みながら寝る習慣	Có thói quen vừa bú sữa mẹ vừa ngủ không?	1 Không	2 Có								
	8	哺乳ビンで飲みながら寝る習慣	Có thói quen vừa bú bình sữa (không kể trà, nước) vừa ngủ không?	1 Không	2 Có								
	9	仕上げみがき	Người bảo hộ có đánh răng lại cho trẻ không?	1: Có đánh răng lại cho trẻ (người bảo hộ đánh răng lại cho trẻ sau khi trẻ tự đánh răng)	2: Trẻ không tự đánh răng mà chỉ có người bảo hộ đánh răng cho trẻ	3: Chỉ có trẻ tự đánh răng	4: Trẻ không tự đánh răng và người bảo hộ cũng không đánh răng cho trẻ						A-11
口腔機能	10	飲み込めない・かまずに丸飲み	Con của bạn có ngậm trong miệng không nuốt, hoặc nuốt mà không nhai hay không?	1 Không	2 Thỉnh thoảng	3 Lúc nào cũng có							
	11	食事のときに足裏が床についている	Con của bạn có chạm bàn chân xuống sàn nhà (kệ đũa/chân) khi ăn hay không?	1 Có	2 Không								
	12	水分を飲むときに利用するもの	Khi uống nước (trà, sữa, nước trái cây, v.v...) thì chủ yếu dùng cái gì để uống?	1 Cốc (ly)	2 Cốc ống hút	3 Khác							
健やか親子・問診項目	13	子育ての相談相手	Người có thể trao đổi về việc nuôi dạy con cái có ở đây không?	1: Có	2: Không								
	14	ゆったりした気分で子どもと過ごせる	Người mẹ có thời gian thoải mái với con trẻ không?	1: Có	2: Không	3: Không biết được							重①-1
	15	育児期間中の両親の喫煙	①Hiện tại, bạn (mẹ) có hút thuốc không? ②Hiện tại, bố của bé có hút thuốc không?	1: Không	2: Có (đều/ngày)								A-6
	16	事故防止 (浴室)	Đối với cửa phòng tắm, bạn có thiết kế để con trẻ không tự mình mở được không?	1: Có	2: Không	3: Không có điều nào phù hợp							C-参4
	17	予防接種	①Bạn đã hoàn thành việc tiêm phòng (3 lần đầu tiên của giai đoạn 1) hỗn hợp 4 loại (bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt) cho bé chưa? ②Bạn đã hoàn thành việc tiêm phòng sởi, rubella cho bé chưa?	1: Có	2: Không								A-参10
	18	この地域で子育てをしたい	Bạn có muốn tiếp tục nuôi con ở khu vực này trong tương lai không?	1: Tôi nghĩ như vậy	2: Nếu phải nói là cái nào thì tôi nghĩ như vậy	3: Nếu phải nói là cái nào thì tôi không nghĩ như vậy	4: Tôi không nghĩ như vậy						C-1
	19	父の育児参加	Bố của bé có chăm sóc con không?	1: Rất thường làm	2: Thỉnh thoảng có làm	3: Hầu như không làm	4: Không thể nói gì						C-5
	20	育てにくさと対処方法	①Bạn cảm thấy khó khăn như thế nào trong việc nuôi con? ②Những bạn đã trả lời là [1: Lúc nào cũng cảm thấy khó khăn] hoặc [2: Thỉnh thoảng cảm thấy khó khăn] cho câu hỏi trên, vui lòng trả lời câu hỏi bên dưới. Khi cảm thấy khó khăn trong việc nuôi con, bạn có nhớ tư vấn ở nơi nào đó, v.v... hay có biết phương pháp nào để giải quyết nó không?	1: Lúc nào cũng cảm thấy khó khăn	2: Thỉnh thoảng cảm thấy khó khăn	3: Không cảm thấy khó khăn							重①-2
	21	子どもの社会性の発達過程	Bạn có biết việc nhiều trẻ em từ 1 tuổi rưỡi đến khoảng 2 tuổi sẽ "Khi hứng thú với một điều gì đó sẽ có xu hướng dùng tay để chỉ" không?	1: Có	2: Không								重①-3
	22	体調・暴言等によらない子育て	Vài tháng gần đây, trong gia đình bạn có những điều sau đây không? Hãy đánh dấu ○ vào tất cả những thứ phù hợp.	1: Có việc gì đó dục quá mức	2: Đã đánh một cách cảm tính	3: Đã để một mình trẻ sơ sinh ở nhà và đi ra ngoài	4: Đã không cho ăn với thời gian dài	5: Đã hét lên những lời nói một cách cảm tính	6: Đã bịt miệng trẻ	7: Đã tức giận trẻ	8: Không có điều nào phù hợp		

母子健康診査マニュアルにおける共通問診項目【タイ語】

※国の必須問診項目については網掛け

<1歳6か月児健康診査>

分類	集計項目 項目名	具体的な問診	選択肢								健やか 指標	
			1	2	3	4	5	6	7	8		
生活習慣・食習慣	1 朝食	ทานเช้าเป็นประจำหรือไม่	1. ทานเป็นประจำทุกวัน	2. ทาน 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์	3. ทาน 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	4. แทบไม่ทานเลย						
	2 就寝時間	เข้านอนกี่โมง	1. ก่อน 3 ทุ่ม	2. ช่วง 3 ทุ่ม	3. ช่วง 4 ทุ่ม	4. หลัง 5 ทุ่ม						
	3 メディアの視聴	ลูกของคุณดูโทรทัศน์ คลิปวิดีโอ แท็บเล็ต และสามารถฟังมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวันหรือไม่	1. ไม่ใช่	2. ใช่								
	4 おやつ回数	ใน 1 วันทานของว่างกี่ครั้ง	1. ไม่ถึง 3 ครั้ง	2. 3 ครั้งขึ้นไป								
	5 甘いおやつを食べる習慣	ทานของหวาน (เช่น ลูกอมผสมน้ำตาล ช็อกโกแลต คุกกี้) เป็นประจำแทบทุกวันหรือไม่	1. ใช่	2. ไม่ใช่								
	6 甘い飲み物を飲む習慣	ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน (เช่น นมเปรี้ยว น้ำอัดลม น้ำผลไม้ เครื่องดื่มเกลือแร่) เป็นประจำแทบทุกวันหรือไม่	1. ใช่	2. ไม่ใช่								
	7 母乳を飲みながら寝る習慣	ลูกหลับขณะเต้านมแม่เป็นประจำหรือไม่	1. ใช่	2. ไม่ใช่								
	8 哺乳瓶で飲みながら寝る習慣	ลูกหลับขณะเต้านมแม่ (ยกเว้นเขาและน้ำปลา) จากขวดนมเป็นประจำหรือไม่	1. ใช่	2. ไม่ใช่								
	9 仕上げめがき	ผู้ปกครองมีวิธีการแปรงฟันให้สะอาดและแปรงฟันอย่างถูกวิธีในแต่ละวันหรือไม่	1. มีการแปรงฟันให้สะอาดอย่างถูกวิธี (ภายหลังจากลูกแปรงฟันแล้วผู้ปกครองมีการสอนแปรงฟันให้สะอาดอย่างถูกวิธีอีกครั้ง)			2. ลูกไม่ได้แปรงฟันเองมีแต่เพียงผู้ปกครองเป็นผู้แปรงฟันให้เท่านั้น		3. ลูกแปรงฟันเองเท่านั้น	4. ลูกก็ไม่ได้แปรงฟัน แม่ก็ไม่ได้อบรมให้ด้วย			A-11
口腔機能	10 飲み込みない・かまずに丸飲み	เคยการอมอาหารไว้ในปากไม่ยอมกลืนหรือกลืนไม่เคี้ยวโดยมีเคี้ยวหรือไม่	1. ไม่ใช่	2. มีเป็นบางครั้ง	3. มีเป็นประจำ							
	11 食事のときに足裏が床についている	ขณะรับประทานอาหาร ฝ่าเท้าติดพื้น (ที่วางเท้า) หรือไม่	1. ใช่	2. ไม่ใช่								
	12 水分を飲むときに利用するもの	อุปกรณ์ที่ใช้ในการดื่ม (เช่น ขา นม น้ำผลไม้ ฯลฯ) เป็นประจำคืออะไร	1. แก้ว	2. ถ้วยหัดดื่ม	3. ช้อน							
健やか親子・問診項目	13 子育ての相談相手	มีผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรหรือไม่	1. มี	2. ไม่มี								
	14 ゆったりとした気分で子どもと過ごせる	คุณแม่มีเวลาในการเลี้ยงดูบุตรได้อย่างสบายใจหรือไม่	1. มี	2. ไม่มี	3. ไม่มีแน่ใจ							重①-1
	15 育児期間中の両親の喫煙	①ปัจจุบัน (คุณแม่) มีการสูบบุหรี่หรือไม่	1. ไม่มี	2. มี (วันละ... มวน)								A-6
		②ปัจจุบันคุณพ่อมีการสูบบุหรี่หรือไม่	1. ไม่มี	2. มี (วันละ... มวน)								
	16 事故防止 (浴室)	ประตูห้องอาบน้ำที่บ้านมีการป้องกันที่เด็กเล็กไม่สามารถเปิดประตูด้วยตัวคนเดียวได้ใช่หรือไม่	1. ใช่	2. ไม่ใช่	3. ไม่เข้าข่าย							C-参4
	17 予防接種	①ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรครวมกันสี่ประเภท (โรคคอตีบ-ไอกรน-บาดทะยัก-โรคโปลิโอ) (ป้องกันในระยะที่ 1 ครั้งแรก 3 ครั้ง) แล้วใช่หรือไม่	1. ใช่	2. ไม่ใช่								A-参10
		②ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด-โรคหัดเยอรมันแล้วใช่หรือไม่	1. ใช่	2. ไม่ใช่								
	18 この地域で子育てをしたい	จากนี้ต่อไปก็อยากเลี้ยงดูบุตรอยู่ในชุมชนท้องถิ่นนี้หรือไม่	1. คิดเช่นนั้น	2. ขอเลือกอบว่าคิดเช่นนั้น	3. ขอเลือกอบว่าไม่คิดเช่นนั้น	4. ไม่คิดเช่นนั้น						C-1
	19 父の育児参加	คุณพ่อทำการเลี้ยงดูลูกหรือไม่	1. ทำได้เป็นอย่างดี	2. ทำบ้างเป็นบางครั้ง	3. ส่วนใหญ่จะไม่ทำ	4. อดิษยาภาก						C-5
	20 育てにくさと対処方法	①คุณรู้สึกว่าเป็นเรื่องยากใหม่	1. รู้สึกอยู่เสมอ	2. รู้สึกเป็นบางครั้ง	3. ไม่รู้สึก							重①-2
②ท่านที่ตอบว่า "1. รู้สึกอยู่เสมอ" หรือ "2. รู้สึกเป็นบางครั้ง" ในคำถามที่ระบุในข้างต้น กรุณาตอบคำถามนี้ ทรานสกรีตกับปัญหาใช่หรือไม่ เช่น เมื่อรู้สึกว่าเป็นเรื่องยาก, ทรานสกรีตถึงสถานที่ที่ให้คำปรึกษา		1. ทราน	2. ไม่ทราน									
21 子どもの社会性の発達過程	ทรานหรือไม่ว่าเด็กตั้งแต่อายุ 1 ขวบครึ่งจนถึงประมาณ 2 ขวบส่วนใหญ่แล้ว "จะสื่อสารโดยใช้มือชี้" เมื่อมีความสนใจอะไรสักอย่าง"	1. ทราน	2. ไม่ทราน								重①-3	
22 体罰・暴言等によらない子育て	ในช่วงหลายเดือนนี้เคยมีเรื่องดังต่อไปนี้ในครอบครัวหรือไม่ กรุณาใส่เครื่องหมาย ○ ในตัวเลือกที่เข้าข่ายทั้งหมด	1. มีการฝึกนิสัยมากเกินไป	2. มีการตีโดยใช้อารมณ์	3. ออกไปข้างนอกโดยทิ้งเด็กไว้ที่บ้าน	4. ไม่ได้ติดตามอาหารเป็นเวลา	5. ตำราโดยใช้อารมณ์	6. บิดปากเด็ก	7. เขย่าเด็กอย่างรุนแรง	8. ไม่เข้าช่วยคัดเลือกตัวเด็กหนึ่ง			重②-2

※国の必須問診項目については網掛け

母子健康診査マニュアルにおける共通問診項目  
 <3歳児健康診査>

分類	集計項目		具体的な問診	選択肢								健やか指標	
	項目名			1	2	3	4	5	6	7	8		
生活習慣・食習慣	1	朝食	朝ごはんを食べていますか	ほぼ毎日食べる	週4～5日食べる	週2～3日食べる	ほとんど食べない						
	2	就寝時間	就寝時間は何時ですか	9時前	9時台	10時台	11時以降						
	3	メディアの視聴	お子さんはテレビや動画、タブレット、スマートフォン等を1日2時間以上みていますか	いいえ	はい								
	4	排泄自立	トイレやおマルでおしっこをしますか	ひとりできる	手伝えばできる	できない							
	5	おやつ回数	おやつとして1日に何回飲食していますか	3回未満	3回以上								
	6	甘いおやつを食べる習慣	甘いおやつ（砂糖を含むアメ、チョコレート、クッキー等）をほぼ毎日食べる習慣がありますか	ない	ある								
	7	甘い飲み物を飲む習慣	甘い飲み物（乳酸飲料、ジュース、果汁、スポーツドリンク等）をほぼ毎日飲む習慣がありますか	ない	ある								
	8	母乳を飲みながら寝る習慣	母乳を飲みながら寝る習慣がありますか	ない	ある								
	9	哺乳瓶で飲みながら寝る習慣	哺乳瓶で飲みながら寝る習慣がありますか	ない	ある								
	10	仕上げみぎ	保護者が、毎日、仕上げみぎをしていますか	1 仕上げみぎをしている（子どもがみかいた後、保護者が仕上げみぎをしている）									
口腔機能	11		口にためて飲み込めない、かまずに丸飲みすることがありますか	ない	時々ある	いつもある							
	12		食事のときに足裏が床についていますか	はい	いいえ								
	13		口を閉じて食べますか	はい	いいえ								
健やか親子問診項目	14		子育てについて相談できる人はいいますか	いる	いない								
	15		ゆったりした気分で子どもと過ごせるか	はい	いいえ	何ともいえない							重①-1
	16		育児期間中の両親の喫煙	なし	あり（1日 本）								A-6
	17		事故防止（転落）	はい	いいえ								
	18		この地域で子育てをしたい	そう思う	どちらかといえばそう思う	どちらかといえばそう思わない	そう思わない						C-1
	19		父の育児参加	よくやっている	時々やっている	ほとんどしない	何ともいえない						C-5
	20		育てにくさと対処方法	いつも感じる	時々感じる	感じない							重①-2
	21		子どもの社会性の発達過程	はい	いいえ								
	22		体罰・暴言等によらない子育て	しつげのし過ぎがあつた	感情的に叫びた	乳幼児だけを家に残して外出した	長時間食事を与えなかつた						重②-2
	23		子どものかかりつけ医	はい	いいえ	何ともいえない	何ともいえない						A-10



母子健康診査マニュアルにおける共通問診項目【韓国語】

※国の必須問診項目については網掛け

<3歳児健康診査>

集計項目		具体的な問診	選択肢								健やか指標	
分類	項目名		1	2	3	4	5	6	7	8		
生活習慣・食習慣	1 朝食	아침밥을 먹습니까?	1 거의 매일 먹는다	2 주 4~5일 먹는다	3 주 2~3일 먹는다	4 거의 먹지 않는다						
	2 就寝時間	취침 시간은 몇시입니까?	1. 9시 전	2. 9시 쯤	3. 10시 쯤	4. 11시 이후						
	3 미디어의視聴	자녀분은 TV나 동영상, 태블릿, 스마트폰 등을 하루 2시간 이상 사용합니까?	1 아니요	2 네								
	4 排泄自立	화장실이나 요강에 소변을 할 수 있습니까?	1 혼자서 할 수 있다	2 도와주면 할 수 있다	3 할 수 없다							
	5 おやつ回数	간식을 하루에 몇번 먹습니까?	1.3회 미만	2.3회 이상								
	6 甘いおやつを食べる習慣	단 음식(당분을 포함한 사탕, 초콜릿, 쿠키 등)을 거의 매일 먹는 습관이 있습니까?	1 없다	2 있다								
	7 甘い飲み物を飲む習慣	단 음료(유산 음료, 주스, 과즙, 스포츠 드링크 등)를 거의 매일 마시는 습관이 있습니까?	1 없다	2 있다								
	8 母乳を飲みながら寝る習慣	모유를 마시면서 자는 습관이 있습니까?	1 없다	2 있다								
	9 哺乳ビンで飲みながら寝る習慣	포유병으로 우유 등(자, 물을 제외함)을 마시면서 자는 습관이 있습니까?	1 없다	2 있다								
	10 仕上げみがき	보호자가 매일 마무리 양치질을 해주고 있습니까?	1 마무리 양치질을 해주고 있다 (아이가 직접 양치질을 한 후, 보호자가 마무리 양치질을 하고 있다)		2 아이가 스스로 양치질을 하지 않고 보호자가 해주고 있다		3 아이 혼자 양치질을 하고 있다		4 아이-보호자 모두 양치질을 하지 않는다			
口腔機能	11 飲み込めない・かまずに丸飲み	입안에 넣은재 삼키지 못하는 경우나, 씹지 않고 삼켜버리는 경우가 있습니까?	1 없음	2 가끔 있음	3 자주 있음							
	12 食事のときに足裏が床についている	식사를 할 때 발바닥이 마루(발판)에 닿고 있습니까?	1 네	2 아니요								
	13 口を閉じて食べる	입을 다물고 먹습니까?	1 네	2 아니요								
健やか親子・問診項目	14 子育ての相談相手	육아에 대해 상담할 수 있는 사람이 있습니까?	1 있다	2 없다								
	15 ゆったりした気分で子どもと過ごせる	어머니는 느긋한 기분으로 자녀분과 보낼 수 있을 시간이 있습니까?	1 있다	2 없다	3 잘 모르겠다						重①-1	
	16 育児期間中の両親の喫煙	①현재 본인(모친)은 흡연을 합니까?	1 하지 않는다	2 한다(1일 개피)								A-6
		②현재 아이의 부친은 흡연을 합니까?	1 하지 않는다	2 한다(1일 개피)								
	17 事故防止(転落)	베란다나 창문 쪽에 발판이 되는 것을 놓지 않도록 하고 있습니까?	1 네	2 아니요								
	18 この地域で子育てをしたい	앞으로도 이 지역에서 육아를 하고 싶습니까?	1 네	2 약간 그렇다	3 약간 아니다	4 아니다					C-1	
	19 父の育児参加	아이의 부친은 육아를 하고 있습니까?	1 잘 한다	2 가끔 한다	3 거의 하지 않는다	4 잘 모르겠다					C-5	
	20 育てにくさと対処方法	①본인(모친)은 아이 키우기가 힘들다고 느껴집니까?	1 항상 그렇다	2 가끔 그렇다	3 그렇지 않다							重①-2
		②위의 질문에 '1.항상 그렇다' 또는, '2.가끔 그렇다'라고 답하신 분만 응답해 주십시오. 키우기 힘들다고 느껴질 때의 상담처나 그 밖의 해결방법을 알고 있습니까?	1 네	2 아니요								
	21 子どもの社会性の発達過程	만 3세에서 만 4세 정도의 많은 아이들이 '다른 아이들이 놀자고 하면 놀이에 참여하려고 한다'는 것을 알고 있습니까?	1 네	2 아니요								重①-3
22 体罰・暴言等によらない子育て	최근 수개월 동안 가정에서 다음과 같은 행동을 한 적이 있습니까? 해당하는 모든 사항에 ○를 하십시오.	1 지나치게 다 그쳤다	2 감정적으로 때렸다	3 영유아만 집에 남겨두고 외출했다	4 장시간 식사를 주지 않았다	5 감정적으로 호통쳤다				8 해당사항이 없다	重②-2	
23 子どものかかりつけ医	①아이의 담당 의사가 있습니까?	1 네	2 아니요	3 둘 다 아니다							A-10	
	②아이의 담당 치과의사가 있습니까?	1 네	2 아니요	3 둘 다 아니다								

母子健康診査マニュアルにおける共通問診項目【中国語】

※国の必須問診項目については網掛け

<3歳児健康診査>

分類	集計項目		選択肢								健やか指標	
	項目名	具体的な問診	1	2	3	4	5	6	7	8		
生活習慣・食習慣	1	朝食	每天都吃早飯嗎？	1 每天都吃	2 一週吃4~5天	3 一週吃2~3天	4 幾乎不吃					
	2	就寝時間	每晚幾點睡覺？	1 9點之前	2 9~10點	3 10~11點	4 11點以後					
	3	メディアの視聴	孩子看电视、视频、平板电脑、智能手机等一天是否超过两个小时？	1 不超过	2 超过							
	4	排泄自立	孩子能在衛生間的馬桶和嬰兒馬桶上小便嗎？	1 一個人能做	2 幫的話能做	3 不能做						
	5	おやつ回数	每天吃幾次零食（間食）？	1 3次以下	2 3次以上							
	6	甘いおやつを食べる習慣	有每天都吃甜零食（包括糖類・巧克力・甜餅乾等）的習慣嗎？	1 沒有	2 有							
	7	甘い飲み物を飲む習慣	有每天都喝甜飲料（酸奶・飲料・果汁・保健飲料等）的習慣嗎？	1 沒有	2 有							
	8	母乳を飲みながら寝る習慣	孩子有邊吃奶（母乳）邊睡覺的習慣嗎？	1 沒有	2 有							
	9	哺乳瓶で飲みながら寝る習慣	孩子有邊喝奶瓶的瓶（茶・水除外）邊睡覺的習慣嗎？	1 沒有	2 有							
	10	仕上げみがき	家长或监护人是否每天都会帮孩子刷牙？	1 协助孩子刷牙（在孩子独立完成，再由大人帮忙刷一次	2 不是由孩子独立完成，而是完全由大人帮助完成的	3 由孩子自己独立完成	4 孩子既不会自行刷牙，家长、监护人也不会帮忙					
口腔機能	11	飲み込めない・かまずに丸飲み	是否会含在口中不能吞咽或不咀嚼直接吞咽？	1 沒有	2 有时會	3 經常會						
	12	食事のときに足裏が床についている	用餐时脚掌是否放在地板（脚凳）上？	1 是	2 不是							
	13	口を閉じて食べる	吃饭时是否闭嘴咀嚼？	1 是	2 不是							
健やか親子・問診項目	14	子育ての相談相手	在带宝宝过程中有可以商量的人嗎？	1 有	2 沒有							
	15	ゆったりした気分で子どもと過ごせる	母亲和孩子在一起的时间感到很轻松愉快。	1 是	2 不是	3 前面两个都不是					重①-1	
	16	育児期間中の両親の喫煙	①现在您（孕妇）吸烟吗？ ②现在孩子的父亲吸烟吗？	1 不是	2 是（ ）支						A-6	
	17	事故防止（転落）	在陽台和窓邊有没有放可以成为墊腳台子的東西？	1 是	2 不是							
	18	この地域で子育てをしたい	今后仍计划留在现在的小区内进行育儿。	1 是的	2 总的来说，留下的可能性比较大	3 总的来说离开的可能性比较大	4 不是				C-1	
	19	父の育児参加	孩子的父亲是否一同参与了育儿。	1 经常	2 偶尔	3 几乎不参与	4 说不准				C-5	
	20	育てにくさと対処方法	①在育儿方面是否感到很吃力。 ②以上问题，您选择了「1经常有这种感觉」或「2偶尔有这种感觉」的话，请继续回答以下问题 当您在育儿感到很吃力的时候，知道去哪里可以提供咨询吗？或者知道具体的解决方法吗？	1 经常有这种感觉	2 偶尔有这种感觉	3 没有感觉					重①-2	
	21	子どもの社会性の発達過程	3岁到4岁期间的孩子，在其他小伙伴的邀请下会加入并参与一起游戏，这个您知道吗？	1 知道	2 不知道						重①-3	
	22	体罰・暴言等によらない子育て	最近这几个月期间，您家里是否出现过以下情况？请在符合情况处划○。	1 管教过于严厉	2 打孩子	3 把婴幼儿单独留在家里，外出。	4 长期让孩子处于饥饿状态	5 大声斥责孩子			8 以上哪种情况都没有发生过	重②-2
	23	子どものかかりつけ医	有您幼儿经常就诊的医生吗？ ②有您幼儿经常就诊的牙科医生吗？	1 有	2 沒有	3 不好说					A-10	

<3歳児健康診査>

分類	集計項目		選択肢								健やか指標	
	項目名	具体的な問診	1	2	3	4	5	6	7	8		
生活習慣・食習慣	1	朝食	A criança toma café da manhã?	1 Quase todos os dias	2 4 a 5 vezes por	3 2 a 3 vezes por	4 Quase nunca					
	2	就寝時間	A que horas a criança dorme?	1 Antes das 9 da noite	2 Entre 9 e 10 da noite	3 Entre 10 e 11 da noite	4 Após às 11 da noite					
	3	メディアの視聴	O(a) seu(sua) filho(a) assiste TV ou vídeos, usa tablet, smartphone entre outros, 2 horas ou mais por dia?	1 Não	2 Sim							
	4	排泄自立	A criança urina no banheiro ou penico (urinol)?	1 Consegue sozinha	2 Com ajuda de	3 Não consegue						
	5	おやつ回数	Quantas vezes por dia come lanches (doces ou salgados que não as refeições normais)?	1 Menos de 3 vezes por dia	2 3 ou mais vezes por dia							
	6	甘いおやつを食べる習慣	A criança tem o costume de comer doces todos os dias? (balas acucaradas, chocolates, biscoitos, etc)	1 Não	2 Sim							
	7	甘い飲み物を飲む習慣	A criança tem costume de tomar todos os bebidas açucaradas? (yakult e similares, sucos, bebidas esportivas, etc)	1 Não	2 Sim							
	8	母乳を飲みながら寝る習慣	A criança tem o costume de dormir enquanto mamando?	1 Não	2 Sim							
	9	哺乳瓶で飲みながら寝る習慣	A criança tem o costume de dormir enquanto bebendo leite, etc (exceto água e chá) na mamadeira?	1 Não	2 Sim							
	10	仕上げみがき	Os pais/responsáveis realizam o acabamento da escovação dos dentes todos os dias?	1 Realizam o acabamento (após a criança escovar, os pais/responsáveis realizam o acabamento)			2 A criança não escova sozinha e somente os pais/responsáveis escovam		3 Somente a criança escova		4 Nem a criança nem os pais/responsáveis escovam	
口腔機能	11	飲み込めない・かまずに丸飲み	Alguma vez não consegue engolir a comida apesar de tê-la na boca, ou engole sem mastigá-la?	1 Não	2 Sim	3 Sempre						
	12	食事のときに足裏が床についている	A sola dos pés toca no chão (ou no apoiador para os pés) no momento da refeição?	1 Sim	2 Não							
	13	口を閉じて食べる	Come com a boca fechada?	1 Sim	2 Não							
健やか親子・問診項目	14	子育ての相談相手	Você tem alguém com quem consultar a respeito do crescimento dos seus filhos?	1 Sim	2 Não							
	15	ゆったりした気分で子どもと過ごせる	A mãe tem tempo para passar à vontade com a criança?	1 Sim	2 Não	3 Nenhum dos dois						重①-1
	16	育児期間中の両親の喫煙	①Você (mãe) fuma atualmente?	1 Não	2 Sim (cigarros)							A-6
			②O pai da criança fuma atualmente?	1 Não	2 Sim (cigarros)							
	17	事故防止 (転落)	Na varanda ou janela da casa está se tomando o cuidado para que não sejam colocados objetos que permitam que a criança suba sozinha?	1 Sim	2 Não							
	18	この地域で子育てをしたい	Você pretende criar a criança futuramente nesta região?	1 Acho que sim	2 Entre o sim e o não, acho que sim	3 Entre o sim e o não, acho que não	4 Acho que não					C-1
	19	父の育児参加	O pai da criança realiza as tarefas de criação do bebê?	1 Sim, bastante	2 Às vezes	3 Quase nada	4 Nada					C-5
	20	育てにくさ対処方法	①Você sente dificuldade com relação à criação da criança?	1 Sempre	2 Às vezes	3 Não sinto						重①-2
②Perguntas para aqueles que responderam 1 (Sempre) ou 2 (Às vezes) Quando sente dificuldades de criação, sabe onde realizar consultas e como proceder para resolver o caso?			1 Sim	2 Não								
21	子どもの社会性の発達過程	Você sabia que muitas crianças com cerca de 3 - 4 anos "juntam-se a outras crianças quando são convidadas para brincar?"	1 Sim	2 Não							重①-3	
22	体罰・暴言等によらない子育て	Nos últimos meses ocorreram as seguintes coisas no lar? Circule todas as alternativas que se enquadraram.	1 Houve excesso de educação	2 Bati por impulso	3 Deixei o bebê sozinho na casa e sai	4 Não dei refeição por um longo período	5 Gritei por impulso				8 Nenhuma das alternativas	重②-2
23	子どものかかりつけ医	①Há um médico específico que costuma cuidar de sua criança?	1 Sim	2 Não	3 Não sei dizer						A-10	
		②Há um dentista específico que costuma cuidar de sua criança?	1 Sim	2 Não	3 Não sei dizer							

<3歳児健康診査>

分類	集計項目		選択肢								健やか指標	
	項目名	具体的な問診	1	2	3	4	5	6	7	8		
生活習慣・食習慣	1	朝食	Kumakain ba ng almusal ang iyong anak?	1 Halos araw-araw	2 4 - 5 araw sa 1 linggo	3 2 -3 araw sa 1 linggo	4 Bihira					
	2	就寝時間	Anong oras ba natutulog ang iyong anak?	1 Bago mag alas 9:00ng	2 mga alas 9:00ng	3 mga alas 10:00ng	4 alas 11:00ng pataas					
	3	メディアの視聴	Nanonood ba ng TV, mga pelikula, sa tablet, o sa smartphone nang mahigit sa 2 oras kada araw ang anak mo?	1 Hindi	2 Oo							
	4	排泄自立	Sa kubeta o urinola ba umihi ang anak mo?	1 Kaya niyang mag-isa	2 Kaya niya kapag tinutulungan	3 Hindi pa niya kaya						
	5	おやつ回数	Sa loob ng isang araw, ilang beses bang nag-iisnak ang iyong anak?	1 Kulang sa 3 beses	2 Higit sa 3 beses							
	6	甘いおやつを食べる習慣	Ugali ba ng anak mo ang kumakain halos araw-araw ng matatamis na isnak (tulad ng matatamis na kendi, tsokolate, cookies, atbp.,)?	1 Oo	2 Hindi							
	7	甘い飲み物を飲む習慣	Ugali ba ng anak mo ang uminom halos araw-araw ng matatamis na inumin (tulad ng mga inuming may voghurt, fruit juice, sports drink, atbp.,)?	1 Oo	2 Hindi							
	8	母乳を飲みながら寝る習慣	Ugali ba ng anak mo ang makatulog habang dumidede sa suso mo?	1 Oo	2 Hindi							
	9	哺乳ビンで飲みながら寝る習慣	Ugali ba ng anak mo ang makatulog habang dumidede ng gatas (o tsa o tubig o inuming tulad nito) sa bote?	1 Oo	2 Hindi							
	10	仕上げみがき	Magulang/Tagapag-alaga, araw-araw, kayo ba ang nagtatapos sa pagba-brush ng ngipin ng bata?	1 Tumatapos sa pagbrush sa ngipin ng bata ( pagkatapos na makapagbrush ng ngipin ang bata, bina-brush muli ng magulang ang ngipin bilang pangtatapos.			2 Hindi nagba-brush ang bata, magulang lang ang nagsasagawa nito.	3 Ang bata lamang ang nagba-brush sa ngipin.	4 Hindi nagba-brush sa ngipin ng bata alinman sa bata at magulang.			
口腔機能	11	飲み込めない・かまずに丸飲み	May nailagay na ba sila sa kanilang bibig nang hindi ito nilulunok o nalunok ito nang buo nang hindi nginunquya?	1 Hindi	2 Paminsan-minsan	3 Palagi						
	12	食事のときに足裏が床についている	Kapag kumakain, inilalapat ba nila ang talampakan ng kanilang mga paa sa sahig (o patungan ng paa)?	1 Oo	2 Hindi							
	13	口を閉じて食べる	Kumakain ba sila nang sarado ang kanilang bibig?	1 Oo	2 Hindi							
健やか親子・問診項目	14	子育ての相談相手	Meron ka bang mahihingan ng payo hinggil sa pag-aalaga ng bata?	1 Meron	2 Wala							
	15	ゆったりした気分で子と過ごせる	Mayroon bang oras ang ina para gugulin kasama ng bata sa pagre-relax o komportableng kalagayan?	1 Oo	2 Hindi	3 Hindi ko masabi.					重①-1	
	16	育児期間中の両親の喫煙	① Sa kasalukuyan, ikaw (ina) ba ay naninigarilyo?	1 Hindi	2 Oo ( ) stick ng sigarilyo							A-6
			② Sa kasalukuyan, ang ama ba ng bata ay naninigarilyo?	1 Hindi	2 Oo ( ) stick ng sigarilyo							
	17	事故防止 (転落)	Sinisiguro mo bang huwag maglagay sa may bintana o sa balkonahe ng anumang bagay na maaaring gamitin ng iyong anak sa pag-akyat?	1 Oo	2 Hindi							
	18	この地域で子育てをしたい	Sa lugar na ito, nais mo bang ipagpatuloy ang pagpapalaki sa bata?	1 Sa palagay ko ay oo.	2 Kung pamimiliin sa palagay ko ay oo.	3 Kung pamimiliin sa palagay ko ay hindi.	4 Sa palagay ko ay hindi				C-1	
	19	父の育児参加	Ang ama ba ng bata ay tumutulong sa pag-aalaga?	1 Tumutulong ng mabuti.	2 Paminsan-minsan ay tumutulong.	3 Halos hindi tumutulong.	4 Hindi ko masabi.				C-5	
	20	育てにくさと対処方法	① Ikaw ba ay nakadarama ng hirap sa pag-aalaga sa anak?	1 Palaging nakadarama.	2 Nakadarama paminsan-minsan.	3 Hindi nakadarama.						重①-2
			② (Para sa mga sumagot ng 「1 Palaging Nakadarama」[「2 Nakadarama Paminsan-minsan」] sa tanong na nasa itaas, pakisuyong sagutan ang mga tanong na nasa ibaba.) Kapag nakadama ng hirap sa pag-aalaga, alam mo ba kung saan maaaring humingi ng payo o may alam ka bang paraan para ito ay malutas?	1 Oo	2 Hindi							
	21	子どもの社会性の発達過程	Alam ba ninyo na ang karamihan sa mga batang mula sa 3 taon hanggang 4 na taon gulang ay [madaling makihalubilo kapag niyayang maglaro ng ibang bata]?	1 Oo	2 Hindi							重①-3
22	体罰・暴言等によらない子育て	Nitong mga nakaraang buwan, mayroon bang mga pangyaayri sa tahanan tulad ng nasa ibaba? Bilugan ang lahat ng tumutugmang kasagutan.	1 Nagkaroon ng mahigpit na pagdidisiplina.	2 Emosyonal na napalo.	3 Umalis at iniwang mag-isa lang ang bata sa bahay.	4 Hindi nabigyan ng pagkain sa mahabang oras.	5 Emosyonal na nasigawan.			8 Walang tumutugma alinman.	重②-2	
23	子どものかかりつけ医	① Meron bang regular na doktor ang iyong anak?	1 Meron	2 Wala	3 Hindi ko masabi.						A-10	
		② Meron bang regular na dentista ang iyong anak?	1 Meron	2 Wala	3 Hindi ko masabi.							

母子健康診査マニュアルにおける共通問診項目【スペイン語】  
 <3歳児健康診査>

※国の必須問診項目については網掛け

分類	集計項目 項目名	具体的な問診	選択肢								健やか 指標	
			1	2	3	4	5	6	7	8		
生活 習慣・ 食 習慣	1 朝食	El niño toma desayuno?	1 Casi todos los días	2 4 ~ 5 días a la semana	3 2 ~ 3 días a la semana	4 Casi nunca toma						
	2 就寝時間	Cuál es el horario en que el niño se acuesta?	1 Antes de las 9:00 p.m.	2 Dentro de las 9:00 ~ 10:00 p.m.	3 Dentro de las 10:00 ~ 11:00 p.m.	4 Después de las 11:00 p.m.						
	3 メディアの視聴	¿Su hijo/a, ve televisión, videos, tableta, celular, etc., más de dos horas al día?	1 No	2 Sí								
	4 排泄自立	Orina en el baño o en la bacenica?	1 Lo puede hacer solo.	2 Lo puede hacer siempre y cuando lo aviden.	3 No puede							
	5 おやつ回数	Como merienda, cuántas veces el niño come y bebe al día?	1 Menos de 3 veces	2 Más de 3 veces								
	6 甘いおやつを食べる習慣	El niño tiene la costumbre de comer cosas dulces tales como; chocolates, galletas, incluyendo caramelos que contengan azúcar, casi todos los días?	1 No la tiene.	2 Sí la tiene.								
	7 甘い飲み物を飲む習慣	El niño tiene la costumbre de beber bebidas lácticas tales como; refrescos, jugo de frutas, bebidas deportivas entre otras, casi todos los días?	1 No la tiene.	2 Sí la tiene.								
	8 母乳を飲みながら寝る習慣	El niño tiene la costumbre de quedarse dormido mientras bebe la leche materna?	1 No la tiene.	2 Sí la tiene.								
	9 哺乳瓶で飲みながら寝る習慣	Tiene la costumbre de dormir mientras está bebiendo algún líquido con la mamadera? (excluyendo el Ocha (té) y Agua )	1 No la tiene.	2 Sí la tiene.								
	10 仕上げみがき	La persona encargada del cuidado del niño/a, ¿le limpia los dientes cada día?	1 1 Limpieza final de los dientes (después de que el niño/a se limpia los dientes, la persona a cargo de su cuidado le revisa y hace una limpieza final)		2 El niño/a no se limpia los dientes, la persona a cargo de su cuidado se los limpia solo/a		3 El niño/a se limpia los dientes solo/a		4 Nadie le limpia los dientes al niño/a			
口 腔 機 能	11 飲み込めないかまずに丸飲み	¿Hay casos en que el/ella mantenga la comida en la boca sin poder tragarla, o que la trague sin masticarla?	1 Nunca	2 A veces	3 Siempre							
	12 食事のときに足裏が床についている	¿Al comer, está sentado/a tocando el suelo con los pies, o sobre un banquito?	1 Sí	2 No								
	13 口を閉じて食べる	¿Come con su boca cerrada?	1 Sí	2 No								
健 や か 親 子 ・ 問 診 項 目	14 子育ての相談相手	Tiene alguna persona a quien pueda hacerle consultas referentes a la crianza del niño?	1 Sí la tengo	2 No la tengo								
	15 ゆったりした気分ですと過ごせる	Tiene la madre tiempo para poder estar junto a su hijo(a) relajada y fuera de tensiones?	1 Sí	2 No	3 No le podría decir nada						重①-1	
	16 育児期間中の両親の喫煙	①¿Fuma usted (la madre) actualmente?	1 No	2 Sí (___ cigarrillos diarios)								A-6
		②¿Fuma actualmente el padre del niño/a?	1 No	2 Sí (___ cigarrillos diarios)								
	17 事故防止 (転落)	Acostumbra no dejar objetos que puedan servir de taburete cerca del balcón o ventana?	1 Sí	2 No								
	18 この地域で子育てをしたい	¿Piensa usted (la madre) seguir criando sus niños en esta región?	1 Sí	2 Creo que sí	3 Creo que no	4 No						C-1
	19 父の育児参加	¿Participa el padre del niño/a en su crianza?	1 Sí, participa activamente	2 Algunas veces participa	3 No participa casi nunca	4 No sé decir						C-5
	20 育てにくさと対処方法	①¿Siente usted (la madre) dificultades en la crianza de su niño/a?	1 Siempre	2 Algunas veces	3 No							重①-2
		②Las personas que respondieron "1.Siempre" o "2.Algunas veces" a la pregunta anterior, por favor responder. Cuando ha sentido estas dificultades en la crianza, ¿conoció usted (la madre) de algún método para solucionar esta situación, tales como un sitio donde hacer una consulta, etc.?	1 Sí	2 No								
	21 子どもの社会性の発達過程	¿Sabía usted (la madre) que desde los 3 hasta los 4 años de edad, la mayoría de los niños "se incorporan al juego si son invitados por otros niños"?	1 Sí	2 No								重①-3
22 体罰・暴言等によらない子育て	Durante estos recientes meses, ¿han ocurrido situaciones como las descritas a continuación en su familia? Por favor, indique con un círculo las que correspondan.	1 Excesiva acción de disciplina	2 Golpes basados en las emociones	3 Ha dejado solo al bebé en casa	4 No ha alimentado al bebé por un largo tiempo	5 Lo ha regañado con palabras de alto contenido emocional	6 Ha tapado la boca del niño/a	7 Ha sacudido violentamente al niño/a	8 Ninguna de las anteriores		重②-2	
23 子どものかかりつけ医	①¿Tiene un médico determinado para su niño/a?	1 Sí	2 No	3 No sé decir							A-10	
	②¿Tiene un dentista determinado para su niño/a?	1 Sí	2 No	3 No sé decir								



母子健康診査マニュアルにおける共通問診項目【ベトナム語】  
 <3歳児健康診査>

※国の必須問診項目については網掛け

分類	集計項目 項目名	具体的な問診	選択肢								健やか 指標	
			1	2	3	4	5	6	7	8		
生活 習慣・ 食習慣	1 朝食	Có ăn sáng không?	1: Ăn mỗi ngày	2: 4~5 ngày/tuần	3: 2~3 ngày/tuần	4: Hầu như không ăn						
	2 就寝時間	Giờ ngủ vào lúc nào?	1: Trước 9h	2: 9h hơn	3: 10h hơn	4: sau 11h						
	3 メディアの視聴	Con của bạn có xem TVI hoặc hình ảnh video, máy tính bảng, điện thoại di động, v.v... hơn 2 tiếng đồng hồ trong 1 ngày hay không?	1 Không	2 Có								
	4 排泄自立	Tiểu vào cái bô hay toilet chưa?	1: Tự mình làm được	2: Giúp đỡ sẽ làm được	3: Không làm được							
	5 おやつ回数	Ăn bữa ăn phụ (ăn thêm) 1 ngày mấy lần?	1: Chưa tới 3 lần	2: 3 lần trở lên								
	6 甘いおやつを食べる習慣	Có thói quen thường ăn đồ ngọt mỗi ngày như kẹo ngậm có đường, sô cô la, bánh quy...không?	1 Không	2 Có								
	7 甘い飲み物を飲む習慣	Có thói quen thường uống thức uống ngọt mỗi ngày như sữa, nước ngọt, nước trái cây, nước uống thể thao...không?	1 Không	2 Có								
	8 母乳を飲みながら寝る習慣	Có thói quen vừa bú sữa mẹ vừa ngủ không?	1 Không	2 Có								
	9 哺乳瓶で飲みながら寝る習慣	Có thói quen vừa bú bình sữa (không kể trà, nước) vừa ngủ không?	1 Không	2 Có								
	10 仕上げみがき	Người bảo hộ có đánh răng lại cho trẻ không?	1: Có đánh răng lại cho trẻ (người bảo hộ đánh răng lại cho trẻ sau khi trẻ tự đánh răng)			2: Trẻ không tự đánh răng mà chỉ có người bảo hộ đánh răng cho trẻ			3: Chỉ có trẻ tự đánh răng	4: Trẻ không tự đánh răng và người bảo hộ cũng không đánh răng cho trẻ		
口腔 機能	11 飲み込めない・かまずに丸飲み	Con của bạn có ngậm trong miệng không nuốt, hoặc nuốt mà không nhai hay không?	1 Không	2 Thỉnh thoảng	3 Lúc nào cũng có							
	12 食事のときに足裏が床についている	Con của bạn có chạm bàn chân xuống sàn nhà (kệ đất chân) khi ăn hay không?	1 Có	2 Không								
	13 口を閉じて食べる	Con của bạn có ngậm miệng lại khi ăn hay không?	1 Có	2 Không								
健やか 親子・ 問診項目	14 子育ての相談相手	Người có thể trao đổi về việc nuôi dạy con cái ở đây không?	1: Có	2: Không								
	15 ゆったりした気分で子どもと過ごせる	Người mẹ có thời gian thoải mái với con trẻ không?	1: Có	2: Không	3: Không biết được							重①-1
	16 育児期間中の両親の喫煙	①Hiện tại, bạn (mẹ) có hút thuốc không?	1: Không	2: Có (đánh dấu ngày)								A-6
		②Hiện tại, bố của bé có hút thuốc không?	1: Không	2: Có (đánh dấu ngày)								
	17 事故防止 (転落)	Ở ban công hay phía cửa sổ bạn có đặt vật gì giống như cái bục ở đó không?	1: Có	2: Không								
	18 この地域で子育てをしたい	Bạn có muốn tiếp tục nuôi con ở khu vực này trong tương lai không?	1: Tôi nghĩ như vậy	2: Nếu phải nói là cái nào thì tôi nghĩ như vậy	3: Nếu phải nói là cái nào thì tôi không nghĩ như vậy	4: Tôi không nghĩ như vậy						C-1
	19 父の育児参加	Bố của bé có chăm sóc con không?	1: Rất thường làm	2: Thỉnh thoảng có làm	3: Hầu như không làm	4: Không thể nói gì						C-5
	20 育てにくさと対処方法	①Bạn cảm thấy khó khăn như thế nào trong việc nuôi con?	1: Lúc nào cũng cảm thấy khó khăn	2: Thỉnh thoảng cảm thấy khó khăn	3: Không cảm thấy khó khăn							重①-2
		②Những bạn đã trả lời là [1: Lúc nào cũng cảm thấy khó khăn] hoặc [2: Thỉnh thoảng cảm thấy khó khăn] cho câu hỏi trên, vui lòng trả lời câu hỏi bên dưới. Khi cảm thấy khó khăn trong việc nuôi con, bạn có nhớ tư vấn ở nơi nào đó, v.v... hay có biết phương pháp nào để giải quyết nó không?	1: Có	2: Không								
	21 子どもの社会性の発達過程	Bạn có biết việc nhiều trẻ em từ 3 tuổi cho đến khoảng 4 tuổi sẽ "Nếu được trẻ em khác rủ rê sẽ có xu hướng tham gia chơi cùng" không?	1: Có	2: Không								重①-3
22 体罰・暴言等によらない子育て	Vài tháng gần đây, trong gia đình bạn có những điều sau đây không? Hãy đánh dấu ○ vào tất cả những thứ phù hợp.	1: Có việc gì đó quá mức	2: Đã đánh một cách cảm tính	3: Đã để một mình trẻ sơ sinh ở nhà và đi ra ngoài	4: Đã không cho ăn với thời gian dài	5: Đã hét lên nhưng lại nói một cách cảm tính	6: Đã bịt miệng trẻ	7: Đã lắc mạnh trẻ	8: Không có điều nào phù hợp			重②-2
23 子どものかかりつけ医	①Bé có bác sĩ riêng không?	1: Có	2: Không	3: Không thể nói gì							A-10	
	②Bé có nhà sĩ riêng không?	1: Có	2: Không	3: Không thể nói gì								

<3歳児健康診査>

分類	集計項目 項目名	具体的な問診	選択肢								健やか 指標	
			1	2	3	4	5	6	7	8		
生活 習慣・ 食 習慣	1 朝食	ทานข้าวเช้าเป็นประจำหรือไม่	1. ทานเป็นประจำทุกวัน	2. ทาน 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์	3. ทาน 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	4. แทบไม่ทานเลย						
	2 就寝時間	เข้านอนกี่โมง	1. ก่อน 3 ทุ่ม	2. ช่วง 3 ทุ่ม	3. ช่วง 4 ทุ่ม	4. หลัง 5 ทุ่ม						
	3 メディアの視聴	ลูกของคุณดูโทรทัศน์ คลิปวิดีโอ แท็บเล็ต และสมาร์ตโฟนมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวันหรือไม่	1. ไม่ใช่	2. ใช่								
	4 排泄自立	เด็กปัสสาวะในห้องน้ำหรือที่กระโถนหรือไม่	1. ทำได้ด้วยตัวคนเดียว	2. ต้องช่วยถึงจะทำได้	3. ทำไม่ได้							
	5 おやつのお返し	ใน 1 วันทานของว่างกี่ครั้ง	1. ไม่ถึง 3 ครั้ง	2. 3 ครั้งขึ้นไป								
	6 甘いおやつを食べる習慣	ทานของหวาน (เช่น ลูกอมผสมน้ำตาล ช็อกโกแลต คุกกี้) เป็นประจำแทบทุกวันหรือไม่	1. ใช่	2. ไม่ใช่								
	7 甘い飲み物を飲む習慣	ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน (เช่น นมเปรี้ยว น้ำอัดลม น้ำผลไม้ เครื่องดื่มเกลือแร่) เป็นประจำแทบทุกวันหรือไม่	1. ใช่	2. ไม่ใช่								
	8 母乳を飲みながら寝る習慣	ลูกหลับขณะดื่มนมแม่เป็นประจำหรือไม่	1. ใช่	2. ไม่ใช่								
	9 哺乳ビンで飲みながら寝る習慣	ลูกหลับขณะดื่มนม (ยกเว้นนมและน้ำเปล่า) จากขวดนมเป็นประจำหรือไม่	1. ใช่	2. ไม่ใช่								
	10 仕上げみぎ	ผู้ปกครองมีวิธีการแปรงฟันให้สะอาดและแปรงฟันอย่างถูกวิธีในแต่ละวันหรือไม่	1. มีการแปรงฟันให้สะอาดอย่างถูกวิธี (ภายหลังจากลูกแปรงฟันแล้วผู้ปกครองมีการสอนแปรงฟันให้สะอาดอย่างถูกวิธีอีกครั้ง)			2. ลูกไม่ได้แปรงฟันเองมีแต่เพียงผู้ปกครองเป็นผู้แปรงฟันให้เท่านั้น			3. ลูกแปรงฟันเองเท่านั้น	4. ลูกไม่ได้แปรงฟัน แม่ก็ไม่ได้แปรงฟันไปด้วย		
口 腔 機 能	11 飲み込みない・かまずに丸飲み	เคยมีการอมอาหารไว้ในปากโดยไม่กลืนหรือกลืนไปทีเดียวโดยไม่เคี้ยวหรือไม่	1. ไม่ใช่	2. มีเป็นบางครั้ง	3. มีเป็นประจำ							
	12 食事のときに足裏が床についている	ขณะรับประทานอาหาร ฝ่าเท้าติดพื้น (ที่วางเท้า) หรือไม่	1. ใช่	2. ไม่ใช่								
	13 口を閉じて食べる	กินอาหารโดยเคี้ยวปิดปากหรือไม่	1. ใช่	2. ไม่ใช่								
健 や か 親 子 ・ 問 診 項 目	14 子育ての相談相手	มีผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรหรือไม่	1. มี	2. ไม่มี								
	15 ゆったりとした気分で子どもと過ごせる	คุณแม่มีเวลาในการเลี้ยงดูบุตรได้อย่างสบายใจหรือไม่	1. มี	2. ไม่มี	3. ไม่แน่ใจ							重①-1
	16 育児期間中の両親の喫煙	①ปัจจุบัน (คุณแม่) มีการสูบบุหรี่หรือไม่	1. ไม่ใช่	2. มี (วันละ... มวน)								A-6
		②ปัจจุบันคุณพ่อมีการสูบบุหรี่หรือไม่	1. ไม่ใช่	2. มี (วันละ... มวน)								
	17 事故防止 (転落)	ไม่มีการวางบันไดของของไว้ในบริเวณระเบียงหรือหน้าต่างให้หรือไม่	1. ใช่	2. ไม่ใช่								
	18 この地域で子育てをしたい	จากนี้ต่อไปก็อยากเลี้ยงดูบุตรอยู่ในชุมชนท้องถิ่นนี้หรือไม่	1. คิดเช่นนั้น	2. ขอเลือกตอบว่าคิดเช่นนั้น	3. ขอเลือกตอบว่าไม่คิดเช่นนั้น	4. ไม่คิดเช่นนั้น						C-1
	19 父の育児参加	คุณพ่อทำการเลี้ยงดูลูกหรือไม่	1. ทำได้เป็นอย่างดี	2. ทำบ้างเป็นบางครั้ง	3. ส่วนใหญ่จะไม่ทำ	4. อธิบายยาก						C-5
	20 育てにくさに対処方法	①คุณรู้สึกว่าการเลี้ยงดูลูกยากไหม	1. รู้สึกอยู่เสมอ	2. รู้สึกเป็นบางครั้ง	3. ไม่รู้สึก							重①-2
②ท่านที่ตอบว่า "1. รู้สึกอยู่เสมอ" หรือ "2. รู้สึกเป็นบางครั้ง" ในคำถามที่ระบุในช่วงต้น กรุณาตอบคำถามนี้ ทรานสคริปต์เกี่ยวกับปัญหาหรือไม่ เช่น เมื่อรู้สึกว่าการเลี้ยงดูยาก, ทรานสคริปต์ที่ให้ความปรึกษา		1. ทราน	2. ไม่ทราน									
21 子どもの社会性の発達過程	ทรานหรือไม่ว่าเด็กตั้งแต่อายุ 3 ขวบจนถึงประมาณ 4 ขวบส่วนใหญ่แล้ว "หากเด็กคนอื่นเห็นด้วย ก็มักจะเข้าไปเล่นด้วย"	1. ทราน	2. ไม่ทราน								重①-3	
22 体罰・暴言等によらない子育て	ในช่วงหลายเดือนมานี้เคยมีเรื่องดังต่อไปนี้ในครอบครัวหรือไม่ กรุณาใส่เครื่องหมาย ○ ในตัวเลือกที่เข้าข่ายทั้งหมด	1. มีการฝึกนิสัยจากกันไป	2. มีการตีโดยใช้อารมณ์	3. ออกไปข้างนอกโดยทิ้งเด็กไว้ที่บ้าน	4. ไม่ได้ให้ทานอาหารเป็นเวลา	5. ตำรา่โดยใช้อารมณ์				8. ไม่เข้าข้ามตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่ง	重②-2	
23 子どものかかりつけ医	①มีแพทย์ประจำตัวของบุตรหรือไม่	1. มี	2. ไม่มี	3. อธิบายยาก							A-10	
	②มีแพทย์แผนกทันตกรรมประจำตัวของบุตรหรือไม่	1. มี	2. ไม่มี	3. อธิบายยาก								

【標準様式】

妊娠届出書

市(町村)長殿

届出年月日 年 月 日

(ふりがな)		生年月日	年齢	職業	個人番号
妊婦氏名	①既婚 ②未婚(入籍予定あり・なし)	年 月 日			
(ふりがな)		生年月日	年齢	職業	
夫氏名 (パートナー)		年 月 日			
居住地	(〒 )		電話 携帯電話	( ) ( )	
医師又は助産師の診断又は保健指導を受けたとき	初診年月日	年 月 日	妊娠週数	満 週 ( か月)	
	分娩予定日	年 月 日	性病に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない	
	特記事項	①単胎 ②多胎 ( 胎)	結核に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない	
	医療機関等の所在地・名称・医師又は助産師氏名		健康保険の種類別	①社保 ②国保 ③いずれでもない	

\*あなたの妊娠・出産・子育てを、妊娠中から応援します。秘密は堅く守りますので、以下についてもご記入をお願いします。

1 現在、妊娠は順調ですか。	①はい ②いいえ (理由 )
2 今までにお産の経験はありますか。	①初産 ②経産(出産回数 回)
3 流産・早産等を経験したことがありますか。	①なし ②あり(流産 回・早産 回・死産 回・中絶 回)
4 今回の妊娠は不妊治療をしましたか。	①はい ②いいえ
5 今回の妊娠が分かった時はどんなお気持ちでしたか。	①うれしかった ②予想外だったがうれしかった ③予想外だったので戸惑った ④困った ⑤なんとも思わない ⑥その他(内容: )
6 里帰りの予定はありますか。	①はい ②いいえ
7 困った時に助けてくれる人はいますか。	①はい ( 人) ②いいえ
8 現在、「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」などはありますか。	①なし ②あり⇒⑦妊娠・出産について ⑧経済的なこと ⑨自分の身体のこと ⑩夫婦(パートナー)関係のこと ⑪家族関係のこと ⑫育児の仕方 ⑬その他( )
9 現在、あなたはタバコを吸いますか。	①はい ( 本/日) ②妊娠してやめた ③いいえ
10 現在、夫(パートナー)や同居家族は、同室でタバコを吸いますか。	①はい ②いいえ
11 現在、アルコールを飲みますか。	①はい ( 回/週) ②いいえ
12 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか。	①なし ②あり⇒病名:心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎・ こころの病気(うつ病など)・その他( ) それはいつ頃ですか:( 年頃)・現在治療中
13 この1年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありますか。	①はい ②いいえ

◎この届出書の情報は、あなたの妊娠・出産・子育てへの支援の目的以外にお住まいの市町村や愛知県の母子保健施策の推進のために、統計的な処理を行うことや愛知県に情報を提供することがありますが、その場合に個人が特定されることは決してありません。また、統計的な処理の結果は公表する場合があります。

Accompanying Sheet

【Standard Form】

Pregnancy Notification Form

City (Village, Town) Mayor		Notification Date		Year	Month	Date
(Furigana) Name of Expectant Mother	①married ②unmarried (with/without plans for entry in the family register)	Date of birth	Age	Occupation		
(Furigana) Name of Husband		Date of birth	Age	Occupation		
Address	(〒 )	Tel. No.	( )	Mobile No. ( )		
At the time of receiving diagnosis or health instructions from a doctor or a midwife	Date of first medical examination	Heisei Year Month Date	Weeks of pregnancy	Full	Weeks (	Months)
	Expected date of delivery	Heisei Year Month Date	Physical examination for venereal disease in the past	①received ②didn't receive		
	Comments	①single fetus ②multiple fetuses ( fetuses)	Physical examination for tuberculosis in the past	①received ②didn't receive		
	Name and location of the medical institution and name of the doctor or midwife		Type of Health Insurance	①Social Insurance ②National health Insurance ③Neither		

\*We will support your pregnancy, childbirth and nurturing, during your pregnancy. Your personal information will be strongly protected, therefore, please kindly fill out the form below.

1	Is the current state of pregnancy normal?	①Yes ②No (Reason )
2	Do you have previous childbirth experience?	①First baby ②Para (Number of childbirths )
3	Have you ever experienced premature birth, miscarriage etc.?	①No ②Yes (Miscarriage times · Premature birth times · Stillbirth times · Abortion times)
4	Did you go through fertility treatment prior to this pregnancy?	①Yes ②No
5	How did you feel when you found out about this pregnancy?	①Delighted ②It was unexpected but I felt happy ③Bewildered because it was unexpected ④Worried ⑤Didn't feel anything ⑥Others (Detail : )
6	Are you planning to return to your hometown?	①Yes ②No
7	Do you have someone to rely on in case of emergency?	①Yes ( People) ②No
8	Are you feeling "troubled", "worried", "insecure" etc. at this moment?	①No ②Yes⇒A, about pregnancy/childbirth B, financially C, your own health D, relationship with your husband (partner) E, Family Relations F, How to raise child. G, Other ( )
9	Are you currently smoking?	①Yes ( cigarettes/day) ②quit after pregnancy ③No
10	Does your husband (partner) or any family member living with you smoke in the same room?	①Yes ②No
11	Do you currently drink alcohol?	①Yes ( times/weekly) ②No
12	Have you suffered from a disease in the past or are currently getting treated for one?	①No ②Yes⇒Disease name : heart disease · high blood pressure · chronic nephritis · diabetes · hepatitis · mental illness (depression etc.) · others ( ) suffering since : ( year) · currently being treated
13	Are you having symptoms such as "sleeplessness" "irritability" "cry easily" "lack of motivation" etc. continuously for 2 weeks during the last year?	①Yes ②No

◎Apart from the purpose of assisting you through pregnancy, childbirth and child raising, the information furnished in this form can be provided to the Aichi Prefecture to perform statistical processing to find out measures to promote mother & child health in the municipality of your residence or in the Aichi Prefecture. But in this case an individual's identity is never specified. Furthermore, the results of the statistical processing can be made public.

◎There are instances where public health nurse might inquire about your condition with regards to this form.

별지

【표준양식】

임신 신고서

시(구읍면) 장 귀하

신고년월일

년

월

일

후리가나				생년월일	나이	직업
임산부성명	①기혼②미혼 (결혼할계획 있음·없음)			년 월 일		
후리가나				생년월일	나이	직업
남편 성명				년 월 일		
파트너 성명						
주소	(우 )			고정 전화	( )	
				휴대폰 전화	( )	
의사 또는 조산사의 진단 또는 보건 지도를 받았을 때	초진날짜	年 月 日	임신한 기간	만 주 ( 개월)		
	분만 예정일	年 月 日	성병에 관한 건강진단의 유무	①받았음 ②받지 않았음		
	특기사항	①단체 ②단체 ( 태)		결핵에 관한 건강진단의 유무	①받았음 ②받지 않았음	
	의료기관등의 소재지·명칭·의사 또는 조산사 성명				건강 보험의 종별	①사회 보험 ②국민건강보험 ③어느것도 아님

\*당신의 임신·출산·육아를 임신 중부터 응원하고 있습니다. 비밀을 엄중히 지켜드리므로 이하에 내용의 기입을 부탁 드립니다.

1 현재 임신은 순조롭습니까?	①예 ②아니오 (이유 )
2 지금까지 출산의 경험은 있습니까?	①초산 ②경산 (출산회수 회)
3 유산·조산 등을 경험한 적이 있습니까?	①없음 ②있음 (유산 회·조산 회·사산 회·중절 회)
4 이번의 임신은 불임치료를 했습니까?	①예 ②아니오
5 이번의 임신을 알았을 때는 어떤 기분이었습니까?	①기뻐다 ②예상 외이었지만 기뻐다 ③예상 외의 일이라 당황스러웠음 ④고민했다 ⑤그냥 그랬다 ⑥기타 (내용 : )
6 친정에 가실 예정은 있습니까?	①예 ②아니오
7 어려움 부딪혔을 때에 도와 주는 사람이 있습니까?	①예 ( )명 ②아니오
8 현재「관한해 처해 있는 것」, 「고민하고 있는 것」, 「불안한 것」 등이 있습니까?	①없음 ②있음⇒ 임신·출산에 대해서 ↳부부 파트너 관계 ↳경제적인 것 ↳자신의 몸 상태 ↳육아의 방법 ↳가족분들과의 관계 ↳기타 ( )
9 현재 당신은 흡연하십니까?	①예 ( 개비/일 ) ②임신한 후 금연 ③아니오
10 현재 남편 (파트너)과 동거 가족이 같은 방에서 담배를 피웁니까?	①예 ②아니오
11 현재 음주 하십니까?	①예 ( 회/주 ) ②아니오
12 지금까지 걸린 병이나 현재 치료중인 병이 있습니까?	①없음 ②있음⇒ 질병 : 심장병·고혈압·만성신장염·당뇨병·간염·심리적 질병 (우울증 등)·기타 ( ) 연제썸 : ( 년전)·지금 치료중
13 올 한해동안 2주일이상 계속되는 「잠이 안 온다」 「짜증 난다」 「눈물이 자주 난다」 「뭐 하나 재미가 없다」 등의 증상이 있습니까?	①예 ②아니오

◎ 이 신고서의 정보는 당신의 임신·출산·육아의 지원 목적 이외에 사시는 시구읍면이나 아이치현의 모자보건정책의 추진을 위하여 통계적인 처리를 하는 것이나 아이치현에 정보를 제공하는 일이 있지만 그 경우 개인이 특별히 특정되어지는 것은 없습니다. 또한 통계적인 처리의 결과는 공표하는 경우가 있습니다.  
◎ 이 신고서에 대하여 보건사 등으로부터 상황을 확인하는 경우가 있습니다.

别纸

【标准样式】

## 妊娠申报表

\_\_\_\_\_市（町村）长

提出年月日

年

月

日

(平假名)		出生年月日	年龄	职业
孕妇姓名	①已婚 ②未婚（登记计划 有・无）	年 月 日		
(平假名)		出生年月日	年龄	职业
配偶者姓名 (男方姓名)		年 月 日		
住址	(〒 )	电话	( )	
		手机	( )	
接受医生或者 助产士诊察或 者保健指导时	初诊年月日	平成 年 月 日	妊娠周数	满 周 ( 个月)
	分娩预定日	平成 年 月 日	有无性病的健康诊断	①有接受 ②没有接受
	特别记入事项	①单胎 ②多胎 ( 胎)	有无结核的健康诊断	①有接受 ②没有接受
	医疗机关等的所在地・名称・医师或者助产士姓名		健康保险的种类	①社保 ②国保 ③二者皆非

\*对您的怀孕・出产・育儿，我们将从您怀孕开始进行支援。请填写下列内容，我们对您填写的内容将严格保密。

1 现在妊娠顺利吗？	①是 ②不是 (理由 )
2 到现在为止有出过产的经验吗	①初产 ②经产 (出产次数 次)
3 有过流产，早产等的经验吗	①没有 ②有 (流产 次・早产 次・死产 次・堕胎 次)
4 这次的妊娠有过不孕治疗吗	①有 ②没有
5 当您知道怀孕的时候是什么样的心情？	①开心 ②虽然在意料之外，但很开心 ③因为在意料之外，所以在犹豫 ④感到为难 ⑤觉得没有什么 ⑥其它 (内容： )
6 有回国探亲的打算吗？	①有 ②没有
7 遇到困难时有人帮助您吗？	①有 ( 人) ②没有
8 现在，有没有「感到为难的事」「苦恼的事」或者「不放心的事」呢？	①没有 ②有⇒⑦有关妊娠・出产 ⑧经济能力上的问题 ⑨自己的身体状况 ⑩有关夫妻（男方）之间的关系 ⑪有关家庭关系 ⑫育儿方法⑬其他 ( )
9 现在您有吸烟吗？	①有 ( 支/天 ) ②怀孕后戒掉了 ③没有
1 0 现在，丈夫（男方姓名）或者同居的家人，有在同室吸烟的吗	①有 ②没有
1 1 现在有在饮酒吗？	①有 ( 次/周) ②没有
1 2 到现在为止有没有得过病或者正在治疗的疾病？	①没有 ②有⇒病名：心脏病・高血压・慢性肾炎・糖尿病・肝炎・心病（抑郁症等）・其它 大约是什么时候 ( 年左右)・现在在治疗当中
1 3 在这1年当中，有没有两个星期以上持续「失眠」「烦躁」「容易流泪」「无力气无斗志」等状况？	①有 ②没有

◎本申报表的内容，除支援您的妊娠・出产・育儿等目的之外，为了促进居住在市町村和爱知县的母子保健施策，会有可能进行统计处理以及提供其内容给爱知县，但不会针对个人。并且会有可能公开统计结果。  
◎有关本报表，会有保健师向您咨询上述情况的可能。

Anexo

【Formulário normal】

## RELATÓRIO SOBRE A GRAVIDEZ

Prefeitura \_\_\_\_\_ Data de notificação Ano \_\_\_\_ mês \_\_\_\_ dia \_\_\_\_

(Furigana)		Data de nascimento	Idade	Trabalho
Nome da gestante	①Casada②solteira (Previsão de casar: sim · não)	Ano__mês__dia		
(Furigana)		Data de nascimento	Idade	Trabalho
Nome do esposo (parceiro)		Ano__mês__dia		
Endereço	(〒 )	Tel.residencial ( )	Tel. celular ( )	
Sobre o exame médico ou a orientação de saúde da parteira	Data da primeira consulta	Ano__mês__dia	Semanas de gestação	__semanas completas ( __meses)
	Data previsto do parto	Ano__mês__dia	Fez exame de Doenças sexualmente transmissíveis	①Fiz ②Não fiz
	Observações	①feto único ②nascimento múltiplo ( fetos)	Fez exame de doenças tuberculose	①Fiz ②Não fiz
	Endereço e nome do hospital e do médico ou parteira		Tipo de seguro de saúde	①seguro social ②seguro nacional ③nenhum

\*Apoiaremos o parto, paternidade desde a sua gravidez.

Manteremos em sigilo portanto pedimos para preencher os itens abaixo.

1 A gestação está indo sem problemas?	①Sim ②Não (Motivo )
2 Teve quantos partos antes?	①Primeiro parto ②Não é o primeiro parto (Tive__vezes)
3 Teve a experiência de perda ou parto prematuro etc.?	①Não ②Sim (Perda__vezes · Prematuro__vezes · Natimorto__vezes · Aborto__vezes)
4 Fez tratamento de infertilidade para engravidar?	①Sim ②Não
5 Como se sentiu quando soube da gravidez?	①Fiquei feliz ②Fiquei feliz, pois não esperava ③Fiquei confusa, pois não esperava ④Fiquei apurada ⑤Não senti nada ⑥Outros (Conteúdo : )
6 Tem previsão para voltar para terra natal?	①Sim ②Não
7 Tem alguém que possa ajuda-la quando estiver apurada?	①Sim ( __pessoas) ②Não
8 Tem problemas, preocupações, ansiedade etc.?	①Não ②Sim⇒⑦Sobre a gravidez · parto ⑧Financeiras ⑨Saúde ⑩Relacionamentos conjugal (sobre o parceiro) ⑪Relacionamentos familiares ⑫Cuidados infantis (criar filhos) ⑬Outros ( )
9 Fuma cigarros?	①Sim ( __cigarros por dia) ②Parei após engravidar ③Não
1 0 O seu esposo(parceiro) ou alguém da família que está morando junto fumam na mesma sala?	①Sim ②Não
1 1 Bebe bebidas alcoolicas?	①Sim ( __vezes por semana) ②Não
1 2 Já sofreu alguma doença ou está fazendo algum tratamento?	①Não ②Sim⇒Nome da doença : Doença cardíaca · Pressão alta · Nefrite crônica · Diabetes · Hepatite · Doenças mentais (depressão) · Outros ( ) Quando que aconteceu : (Ano____) · Estou fazendo tratamento
1 3 Neste último ano, teve sintomas de "não conseguir dormir" "estar irritada" "chorar facilmente"por mais de 2 semanas.	①Sim ②Não

◎As informações deste relatório serão usadas além do apoio da gravidez, parto e a educação infantil, também serão usadas para o levantamento de estatísticas para saúde da criança e da gestante da província onde mora e para o governo. Porém não serão identificados o nome da pessoa. Pode ser que o resultado do levantamento estatísticas serão publicadas.

◎Pode ser que a enfermeira de saúde pública irá fazer uma visita sobre as informações deste relatório.

## Notificación de embarazo

Señor/a Alcalde de la ciudad \_\_\_\_\_

Fecha de aviso Año Mes Día

(Furigana)			Fecha de nacimiento	Edad	Profesión
Nombre de la embarazada	Casada · Soltera (Previsto hacer el registro civil Tiene · No tiene)		Año mes día		
(Furigana)			Fecha de nacimiento	Edad	Profesión
Nombre de su pareja			Año mes día		
Dirección	(〒 )		Teléfono No.Celular	( ) ( )	
Cuando recibió instrucciones del médico o la partera.	Primera consulta medica despues del embarazo.	Año mes día	Semanas de embarazo	Semanas ( Meses)	
	Fecha programada para el parto	Año mes día	¿Se ha hecho un examen medico sobre enfermedades de transfusión sexual?	①Sí	②No
	Notas	①Embarazo normal ②Embarazo múltiple ( bebés)	¿Se ha hecho un examen medico de la tuberculosis?	①Sí	②No
	Dirección de la entidad médica, nombre de esta y del médico o la partera.			Tipo de seguro de salud	① Seguro Social(Shakai Hoken) ② Seguro Nacional(Kokumin Hoken) ③ Ninguno de los

\*La apoyamos en su embarazo, parto y crianza de su hijo desde el momento de su embarazo. Le aseguramos confidencialidad. Por favor llene las siguientes casillas.

1 ¿Va bien su embarazo?	①Sí ②No (Razón )
2 ¿Ha alumbrado alguna vez?	①Primera vez ②_____a vez
3 ¿A perdido un bebé o tenido un parto prematuro?	①No ②Sí (He perdido___ veces el bebé · Partos prematuros · Muerte fetal · Abortos )
4 ¿Hizo algún tratamiento de infertilidad para quedar embarazada?	①Sí ②No
5 ¿Como se sintió cuando supo que estada embarazada?	①Feliz ②No lo tenía planeado pero me sentí feliz ③Como no lo había planeado me desconcerté ④Tuve apuros ⑤No pense en nada ⑥Otros ( )
6 ¿Tiene planes de regresar a su país?	①Sí ②No
7 ¿Tiene a alguien en caso de necesitar ayuda?	①Sí ( Personas) ②No
8 ¿Tiene actualmente alguna inquietud, o algún problema?	①No ②Sí⇒⑦Sobre el embarazo/el parto ⑧Económico ⑨Sobre mi salud ⑩Sobre mi relación con mi pareja ⑪Sobre mi familia ⑫Sobre como criar mi hijo ⑬Otros ( )
9 ¿Fuma?	①Sí ( ___cigarrillos al día) ②Dejé de fumar desde que quedé embarazada. ③No
1 0 ¿Fuma su pareja o algún miembro de su familia que viva con usted?	①Sí ②No
1 1 ¿Actualmente bebe alcohol?	①Sí ( veces a la semana) ②No
1 2 ¿Ha sufrido alguna enfermedad que aún esté curando o haya terminado de curar?	①No ②Sí⇒Enfermedad : Cardia · Hipertensión · Nefritis crónica · Diabetes · Hepatitis · Enfermedad mental (Depresión etc.) · Otras ( ) ¿Cuando fué eso? : ( ) · Sigo bajo tratamiento.
1 3 En este ultimo año ha tenido durante más de 2 semanas consecutivas dolencias psicológicas como "no poder dormir", "estar de mal humor", "sensible a llorar", "sin ganas de hacer algo"?	①Sí ②No

©La información en este documento además de ser utilizada para apoyarla en su embarazo y parto, sera utilizada para mejorar la política sobre la salud de Materna y del infante en la ciudad en que usted vive y la prefectura de Aichi. También para hacer análisis estadístico se dará cierta información a la prefectura, pero ninguna de esta podrá ser utilizada para especificar al sujeto. Puede haber el caso de que los datos estadísticos sean publicados.

©Puede que una enfermera de salud pública la visite en respecto a este documento.

## Ibang papel

## Aplikasyon ng pagbubuntis

## 【Karaniwang anyo】

Shi(prefektyur) (lungsod) Pinu		Petsa ng pag-pasa			Araw	Buwan	Taon
(Furigana)		Petsa ng kapanganakan			Edad	Trabaho	
Pangalan ng nagbubuntis	①Kasal②hindi kasal (planong magpakasal oo·hindi)	Araw Buwan Taon					
(Furigana)		Petsa ng kapanganakan			Edad	Trabaho	
Pangalan ng asawa (partner)		Araw Buwan Taon					
Kasalukuyang tirahan	(〒 )	Telepono Numero ng cellphone			( )	( )	
Ang ginawang dyagnosis ng doktor o midwife o kung napayuhan ukol sa kalusugan	Petsa ng unang tsek-up	Araw	Buwan	Taon	Ilang linggong nag bubuntis	Buong na linggo ( na buwan)	
	Petsa ng panganganak	Araw	Buwan	Taon	Kung naka pag tsek-up ayon sa Ari(sexual)na sakit	①Oo ②Hindi	
	Espesyal na tala	①isang sanggol sa sinapupunan ②maraming sanggol sa sinapupunan (Ilan )			Naka pag tsek-up ayon sa tuberkulosis	①Oo ②Hindi	
	Adres at pangalan ng Ospital,Pangalan ng doktor o midwife				Uri ng Health Insurance	①Panlipunan insurance ②Pambansang insurance	

\*Sumusuporta kami mula sa iyong pag bubuntis,panganganak,pag aalaga ng anak.Mahigpit naming poprotektahan ang iyong impormasyon kaya mangyaring paki sagutan ang mga sumusunod.

1 Ngayon,Mabuti ang pag bubuntis mo?	①Oo ②Hindi (Rason )
2 Nakaranas ka na bang manganak dati?	①Bagong pa lang ②Nakaranas manganak (bilang beses)
3 Nakaranas na ba ng maagang panganganak o na laglagan ng bata?	①Wala ②Meron (Ilang beses nalaglag · Ilang beses napa-agang panganak · Ilang beses nanganak ng walang buhay · Ilang beses na aborsyon)
4 Sa iyong kasalukuyang pagbubuntis,nag pagamot ba ng pagka-baog?	①Oo ②Hindi
5 Ano ang naramdaman mo noong nalaman mong buntis ka?	①Masaya ②Hindi ina-akala pero masaya ③Nataranta dahil hindi ina-akala ④Namoblema ⑤Wala lang ⑥At iba pa (Ang nilalaman : )
6 May plano ka bang umuwi sa sariling bayan o bansa?	①Oo ②Wala
7 May tao bang tutulong sayo pag may problema ka?	①Meron (ilan ) ②Wala
8 May "Problema""Ini-isip""Ina-alala"Ka ba ngayon?	①Wala ②Meron⇒A:Pagbubuntis · Panganganak B:Tungkol sa pera C:Tungkol sa sariling katawan D:Tungkol sa relasyon ng asawa (partner) E:Tungkol sa relasyon ng pamilya F:Pag-aalaga ng bata G:At iba pa ( )
9 Kasalukuyan ka bang naninigarilyo?	①Oo (ilan sa 1 araw: ) ②Tumigil mula ng nabuntis ③Hindi
10 May kasalukuyan bang naninigarilyo sa parehong kwarto sa iyong pamilya o asawang lalaki?	①Oo ②Wala
11 Kasalukuyan ka bang umiinom ng alak?	①Oo (Ilang beses sa isang linggo: ) ②Hindi
12 May sakit ka ba dati o Sakit na kasalukuyang pinapagamot?	①Wala ②Meron⇒Pangalan ng sakit : Sakit sa Pusong · Mataas ang presyon ng dugo · Chronic Nepritis · Dyabetes · Hepatitis · Sakit sa karamdaman (mga depresyon) · At iba pa ( ) Kailan ito : (Taon ) · Kasalukuyang nagpapagamot

13 Sa loob ng isang taon na ito, may sintomas o naka

ranas ka ba ng "Hindi maka tulog", "Na iinis", "Naiiyak", "Tinatamad" na tuloy tuloy ng mahigit 2 linggo?

① Oo

② Wala

- ◎ Upang maipagpatuloy ng tinitirahang munisipyo at Aichi prefektyur ang kalusugan ng mag-ina maliban sa motibong pag suporta sa pag bubuntis, panganganak, pangangalaga ng bata, may oras na mag bibigay ng impormasyon sa Aichi prefektyur at para sa estatistikong proseso. At saka mangyaring ipahayag sa publiko ang resulta ng estatistikong proseso. Ngunit, Hinding hindi ipapahayag ang partikular na impormasyon ng bawat tao sa aplikasyon na ito.
- ◎ Baka tanungin ng nars ng Health Center ang kondisyon ukol sa naka sulat sa aplikasyon na ito.



【Biểu mẫu tiêu chuẩn】

## Đơn khai có thai

Kính gửi thi (phường xã) trưởng: \_\_\_\_\_ Ngày khai đơn: Ngày tháng năm

(Cách đọc)		Ngày tháng năm sinh	Tuổi	Nghề nghiệp	Mã số cá nhân
Họ tên sản phụ	①Đã kết hôn ②Độc thân (Có/Không có dự định nhập hộ khẩu)	Ngày tháng năm			
(Cách đọc)		Ngày tháng năm sinh	Tuổi	Nghề nghiệp	
Họ tên chồng		Ngày tháng năm			
Địa chỉ cư trú	( )		Điện thoại ( )	Điện thoại cầm tay ( )	
Khi nhận được chẩn đoán hoặc hướng dẫn điều trị từ của bác sĩ, bác sĩ trợ sản	Ngày tháng năm khám lần đầu	Ngày tháng năm	Số tuần mang thai	Tròn tuần ( tháng )	
	Ngày dự kiến sinh	Ngày tháng năm	Có hay không chẩn đoán về bệnh tinh đục	①Có ②Không có	
	Ghi chú đặc biệt	①Thai đơn ②Nhiều thai ( thai)	Có hay không chẩn đoán về bệnh lao	①Có ②Không có	
	Địa chỉ, tên của cơ sở y tế, v.v...tên bác sĩ hoặc bác sĩ trợ sản			Loại bảo hiểm y tế	①Bảo hiểm xã hội ②Bảo hiểm quốc gia ③Không phải 2 loại trên

\*Bạn sẽ được hỗ trợ trong quá trình mang thai, sinh con và nuôi con. Lời khai của bạn cũng sẽ được bảo mật nên vui lòng khai cả phần dưới đây

1. Hiện tại, việc mang thai có thuận lợi không?	①Có ②Không (Lý do )
2. Bạn đã từng sinh đẻ trước đây chưa?	①Sinh lần đầu ②Sinh 2 trở đi (Số lần sinh Lần)
3. Bạn đã từng bị sảy thai hoặc sinh non, v.v... chưa?	①Không ②Có (Sảy thai lần/ Sinh non lần/ Thai chết lưu lần/ Phá thai)
4. Bạn có triệu chứng vô sinh cho lần mang thai này không?	①Có ②Không
5. Bạn cảm thấy thế nào khi biết rằng mình có thai lần này?	①Vui mừng ②Không tính đến nhưng cũng vui ③Cảm thấy phiền vì không tính đến ④Phiền phức ⑤Không nghĩ gì cả
6. Bạn có dự định về nhà bố mẹ đẻ không?	①Có ②Không
7. Bạn có ai giúp đỡ khi gặp khó khăn không?	①Có ( người) ②Không
8. Hiện giờ, bạn có "chuyện khó khăn", "chuyện lo buồn" nào không?	①Không ②Có ⇒ A) Về mang thai, sinh con B) Về kinh tế C) Về cơ thể của mình D) Về quan hệ với chồng (bạn đời) E) Về quan hệ trong gia đình F) Cách nuôi con G) Khác ( )
9. Hiện giờ, bạn có đang hút thuốc không?	①Có ( điều/ngày ) ②Bỏ thuốc khi có thai ③Không
10. Hiện giờ, chồng (bạn đời) hoặc người nhà sống chung có hút thuốc khi ở cùng bạn không?	①Có ②Không
11. Hiện giờ, bạn có uống rượu bia không?	①Có ( lần/tuần) ②Không
12. Cho đến hiện tại, bạn đã từng mắc bệnh hoặc có đang điều trị bệnh gì không?	①Không ②Có ⇒ Tên bệnh: Bệnh tim mạch/ Bệnh cao huyết áp/ Viêm thận mãn tính/ Bệnh tiểu đường/ Bệnh gan/ Bệnh tâm lý (như bệnh trầm cảm, v.v...)/ Bệnh khác ( ) Bạn có biểu hiện đó từ bao giờ: (Khoảng năm )/ Hiện nay đang điều trị
13. Trong vòng 1 năm nay, bạn có các biểu hiện "Không ngủ được", "Bồn chồn", "Dễ khóc", "Không muốn làm gì cả", v.v... kéo dài hơn 2 tuần không?	①Có ②Không

©Ngoài mục đích hỗ trợ bạn mang thai, sinh con và nuôi con, thông tin trong đơn khai này còn được xử lý thống kê và cung cấp cho tỉnh Aichi nhằm mục đích thúc đẩy các biện pháp chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em ở thành phố làng xã mà bạn sống hoặc tỉnh Aichi. Trong trường hợp này, tuyệt đối không thể xác định được cá nhân cung cấp thông tin. Ngoài ra, kết quả từ việc xử lý thống kê có thể được công bố.

(แบบฟอร์มมาตรฐาน)

### แบบฟอร์มแจ้งการตั้งครรภ์

เรียน เจ้าหน้าที่ประจำเมือง (อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน) \_\_\_\_\_ แจ้งเมื่อวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ ปี \_\_\_\_\_

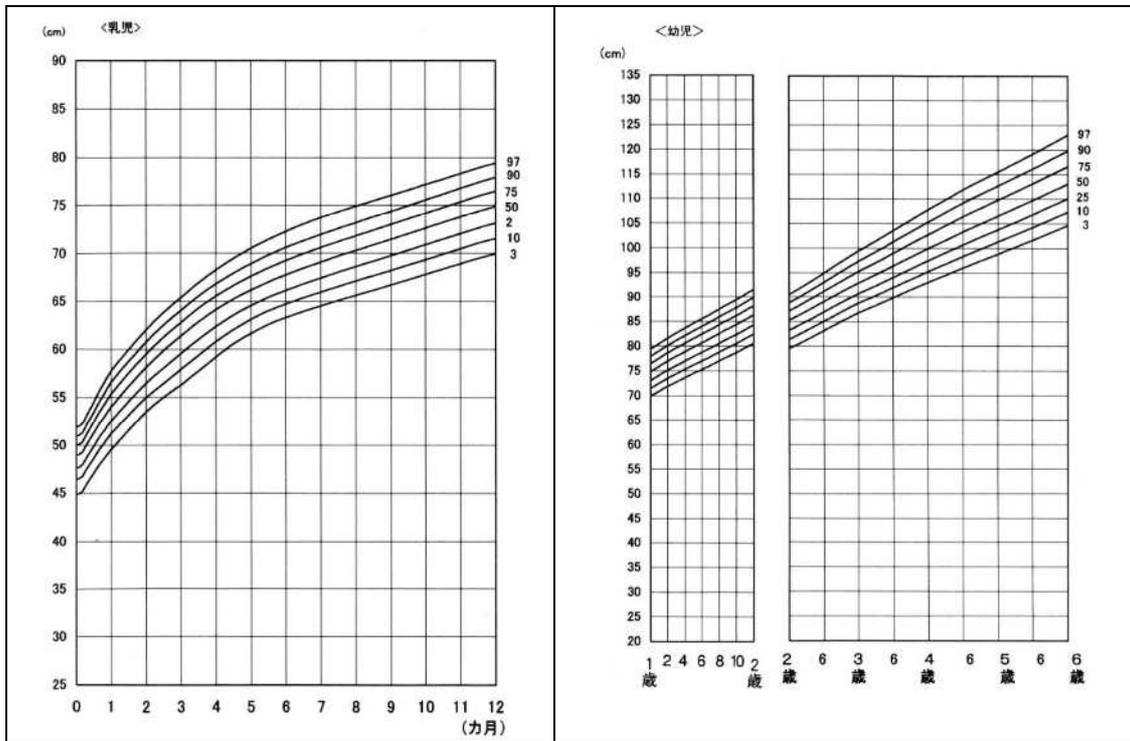
(คำอ่าน)		วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ	อาชีพ	หมายเลขประจำตัว
ชื่อ-นามสกุลผู้ตั้งครรภ์	①สมรสแล้ว ②ยังไม่สมรส (มี / ไม่มีกำหนดการจดทะเบียนสมรส)	วันที่ เดือน ปี			
(คำอ่าน)		วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ	อาชีพ	
ชื่อ-นามสกุลสามี (คู่สมรส)		วันที่ เดือน ปี			
ที่อยู่	(รหัสไปรษณีย์ )		หมายเลขโทรศัพท์ ( )		
			หมายเลขโทรศัพท์มือถือ ( )		
การเข้ารับ การตรวจหรือ รับการปรึกษา ด้านสุขภาพจาก แพทย์หรือผู้ ผดุงครรภ์	วันที่เข้ารับการตรวจครั้งแรก	วันที่ เดือน ปี	อายุครรภ์	สัปดาห์ ( เดือน)	
	วันกำหนดคลอด	วันที่ เดือน ปี	เคยเข้ารับการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	①เคย ②ไม่เคย	
	รายละเอียดเพิ่มเติม	①ครรภ์เดียว ②ครรภ์แฝด (ครรภ์)	เคยเข้ารับการตรวจวัดโรคหรือไม่	①เคย ②ไม่เคย	
	ชื่อและที่ตั้งของสถานพยาบาล ชื่อ-นามสกุลของแพทย์และผู้ผดุงครรภ์			ประเภทประกันสุขภาพ	①ประกันสังคม ②ประกันสุขภาพแห่งชาติ ③ไม่ใช่ทั้งสองประเภท

\* เราจะช่วยดูแลการตั้งครรภ์ การคลอดบุตร และการเลี้ยงดูบุตรของคุณตั้งแต่ในระหว่างการตั้งครรภ์ โดยที่เราจะเก็บข้อมูลทั้งหมดไว้เป็นความลับ โปรดกรอกข้อมูลในตารางดังต่อไปนี้

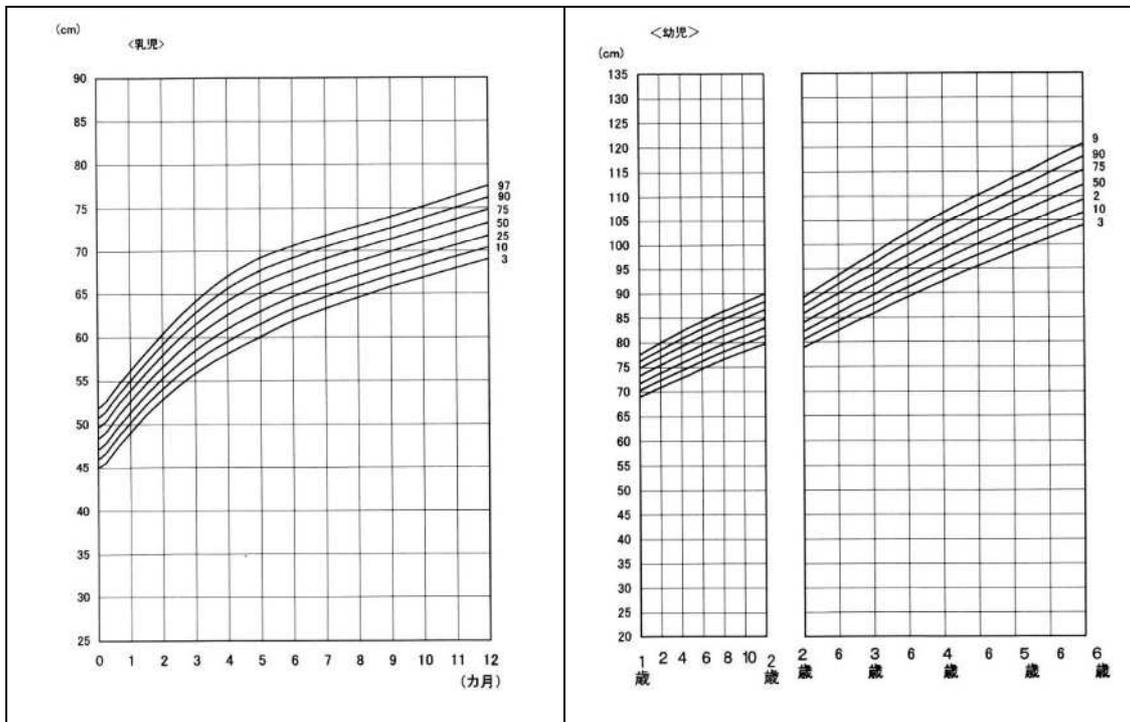
1. การตั้งครรภ์ในปัจจุบันราบรื่นดีหรือไม่	①ดี ②ไม่ดี (สาเหตุ )
2. เคยตั้งครรภ์มาก่อนหรือไม่	①ครรภ์แรก ②เคยตั้งครรภ์มาก่อน (จำนวนครั้งที่คลอด ครั้ง)
3. เคยแท้งบุตรหรือคลอดก่อนกำหนดหรือไม่	①ไม่เคย ②เคย (แท้ง ครั้ง / คลอดก่อนกำหนด ครั้ง / ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ครั้ง / ยุติการตั้งครรภ์ ครั้ง)
4. เคยอยู่ในภาวะมีบุตรยากก่อนการตั้งครรภ์ครั้งนี้หรือไม่	①เคย ②ไม่เคย
5. ตอนที่รู้ว่ากำลังตั้งครรภ์ในครั้งนี้คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง	①ดีใจ ②ไม่คิดว่าจะตั้งครรภ์แต่ก็ดีใจ ③ไม่คิดว่าจะตั้งครรภ์จึงสับสนนิดหน่อย ④ลำบากใจ ⑤ไม่ได้รู้สึกอะไรเป็นพิเศษ ⑥อื่นๆ (รายละเอียด: )
6. มีกำหนดการจะกลับไปคลอดบุตรที่บ้านเกิดหรือไม่	①มี ②ไม่มี
7. มีคนคอยช่วยเหลือเวลาลำบากหรือไม่	①มี ( คน) ②ไม่มี
8. ตอนนี้มีเรื่องที่ "ลำบาก" "ทุกข์ใจ" หรือ "ไม่สบายใจ" อยู่หรือไม่	①ไม่มี ②มี ⇒ ก. เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และคลอดบุตร ข. เรื่องการเงิน ค. เรื่องสุขภาพของตนเอง ง. เรื่องเกี่ยวกับชีวิตคู่ (คู่สมรส) จ. เรื่องเกี่ยวกับครอบครัว ฉ. วิธีการเลี้ยงดูเด็กทารก ซ. อื่นๆ ( )
9. ปัจจุบันคุณสูบบุหรี่หรือไม่	①สูบ ( มวน/วัน) ②เลิกสูบตั้งแต่มีครรภ์ ③ไม่สูบ
10. ปัจจุบัน สามี (คู่สมรส) หรือครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันมีการสูบบุหรี่ในห้องเดียวกับที่คุณอยู่หรือไม่	①มี ②ไม่มี
11. ปัจจุบันได้ดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่	①ดื่ม ( ครั้ง/สัปดาห์) ②ไม่ดื่ม
12. มีโรคประจำตัวหรือโรคที่กำลังรักษาอยู่หรือไม่	①ไม่มี ②มี ⇒ ชื่อโรค: โรคหัวใจ / โรคความดันโลหิตสูง / โรคไตเรื้อรัง / โรคเบาหวาน / โรคตับอักเสบ / โรคทางจิตเวช (เช่น โรคซึมเศร้า) / อื่นๆ ( ) เป็นมาตั้งแต่เมื่อไร: ( ปี) / กำลังรักษาอยู่
13. ในช่วง 1 ปีนี้ มีอาการ "นอนไม่หลับ" "หงุดหงิดง่าย" "น้ำตาไหลง่าย" "ไม่มีความกระตือรือร้นจะทำอะไร" ต่อเนื่องกันเกิน 2 สัปดาห์หรือไม่	①มี ②ไม่มี

© ข้อมูลในแบบฟอร์มแจ้งการตั้งครรภ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลการตั้งครรภ์ การคลอดบุตร และการเลี้ยงดูบุตรของคุณ และเพื่อการผลักดันมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กในแต่ละเทศบาลที่อาศัยอยู่และในจังหวัดไอจิ สิ่งอาจมีการนำข้อมูลไปประมวลผลในเชิงสถิติหรือให้ข้อมูลแก่จังหวัดไอจิ แต่ในกรณีนี้จะไม่มีการระบุตัวบุคคลเป็นอันขาด และอาจมีการเปิดเผยผลลัพธ์ของข้อมูลเชิงสถิติสู่สาธารณะด้วยเช่นกัน

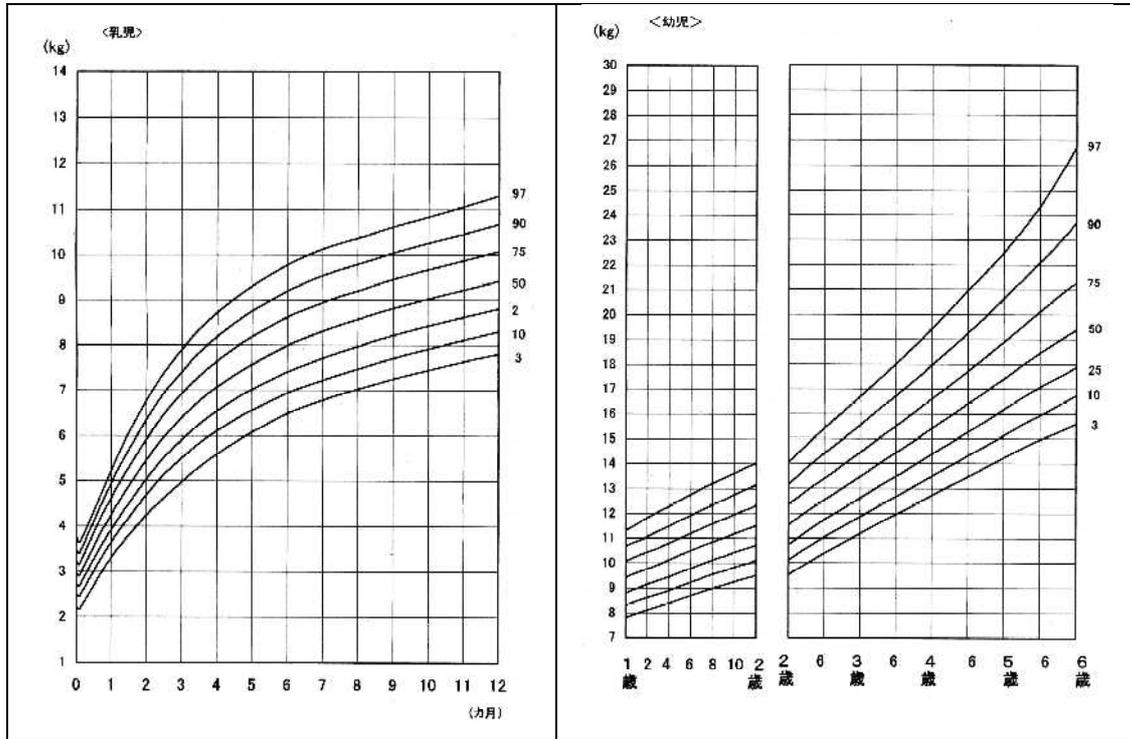
パーセンタイル発育曲線【身長】 男児



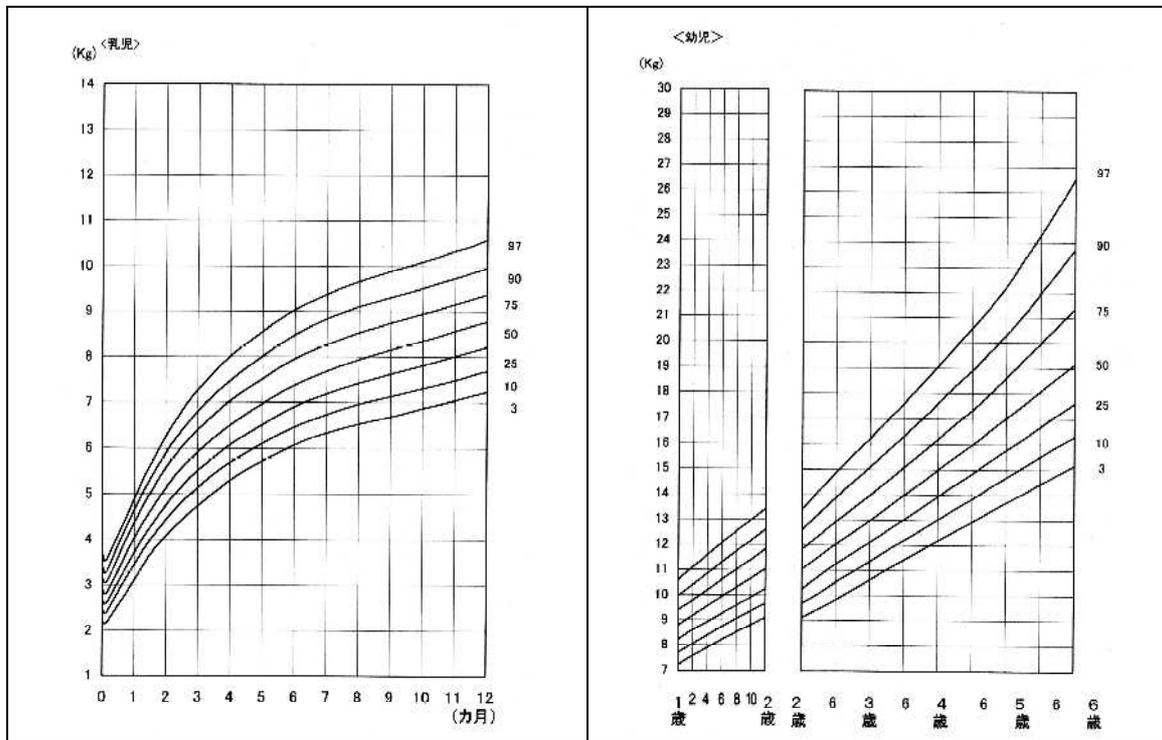
パーセンタイル発育曲線【身長】 女児



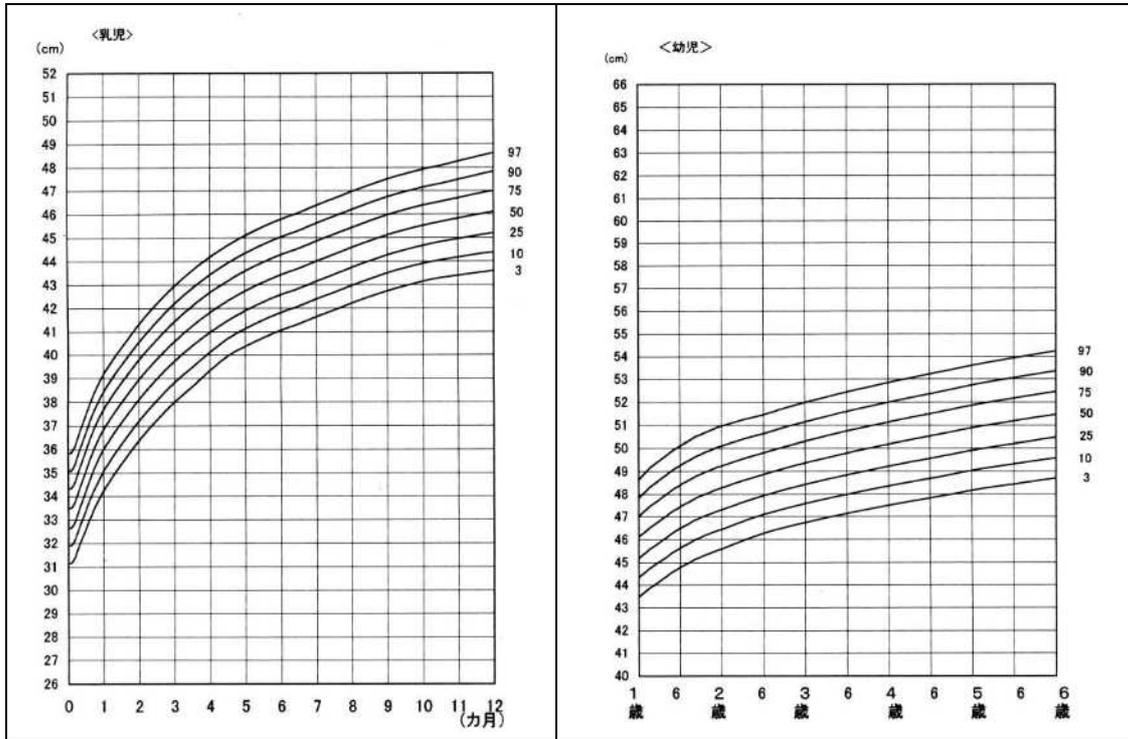
パーセンタイル発育曲線【体重】 男児



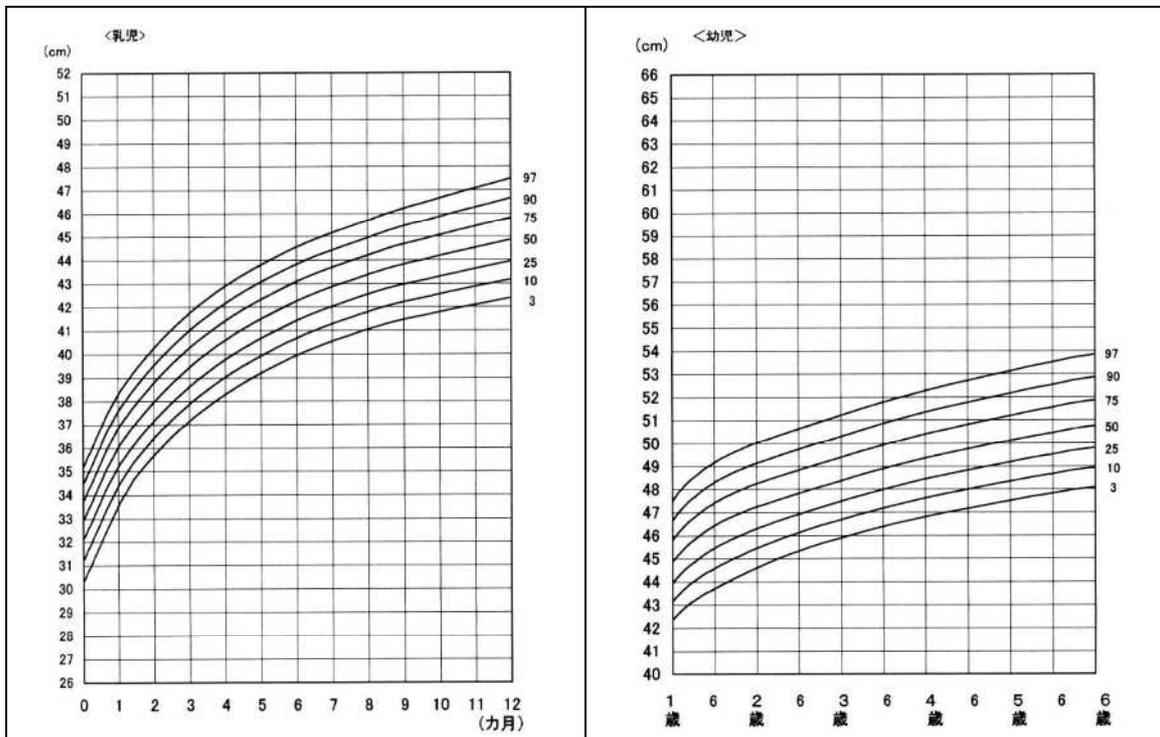
パーセンタイル発育曲線【体重】 女児



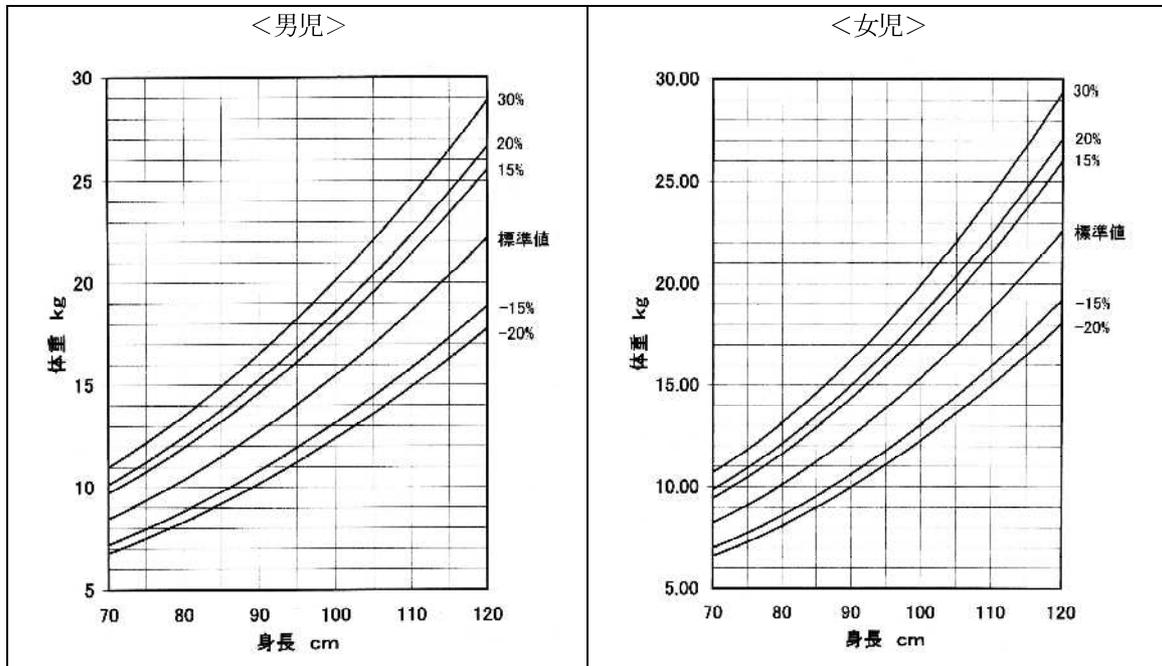
パーセンタイル発育曲線【頭囲】 男児



パーセンタイル発育曲線【頭囲】 女児



幼児の身長体重曲線



※計算により肥満度を求める方法

$$\text{肥満度}(\%) = (\text{実測体重} - \text{標準体重}) \div \text{標準体重} \times 100$$

標準体重を求める近似式  $x = \text{実測身長}(\text{cm})$

男児の標準体重(kg)  $y = 0.00206 \times x^2 - 0.1166 \times x + 6.5273$

女児の標準体重(kg)  $y = 0.00249 \times x^2 - 0.1858 \times x + 9.0360$

(平成12年 乳幼児身体発育調査報告書 <https://www.mhlw.go.jp/houdou/0110/h1024-4.html>)

図 報告に用いる区分

区 分	呼 称
1: 肥満度 $\geq$ 30%	ふとりすぎ
2: 30% $>$ 肥満度 $\geq$ 20%	ややふとりすぎ
3: 20% $>$ 肥満度 $\geq$ 15%	ふとりぎみ
4: 15% $>$ 肥満度 $>$ -15%	ふつう
5: -15% $\geq$ 肥満度 $>$ -20%	やせ
6: -20% $\geq$ 肥満度	やせすぎ

(5.2.4 肥満度の判定)

CSV形式で出力するための個別データファイル情報

NO	健診区分			項目名	データに関する情報						CSVファイル別出力順				
	3歳児 3歳6か月児	1歳6か月児	3歳児		タイプ	単位	最小値	最大値	整数桁数	小数点桁数	備考(コード内容)	妊娠 健診	乳児	1歳6か月	3歳
													追跡 報告	追跡 報告	追跡 報告
1	○	○	○	年度	年				4	0	西暦yyyy	101	301	501	
2	○	○	○	市町村コード	数字				5	0	5桁コード(23xxx)	102	302	502	
3	○	○	○	児童コード	数字				6	0	6桁コード(000001~999999)	103	303	503	
4	○	○	○	健診実施日	年月日						(西暦) yyyy/mm/dd	104	304	504	
5	○	○	○	性別	コード				1	0	1:男児, 2:女児	105	305	505	
6	○	○	○	生年月日	年月日						(西暦) yyyy/mm/dd	106	306	506	
7	○	○	○	体重	数字	kg	0	99	3	3		107	307	507	
8	○	○	○	体重 (R-セントイル・コード)	コード				1	0	1:1x>97%tile, 2:97≧x>90, 3:90≧x≧10, 4:10>x≧3, 5:3>x	108	308		
9	○	○	○	身長	数字	cm	10	200	3	1		109	309	508	
10	○	○	○	身長 (R-セントイル・コード)	コード				1	0	1:1x>97%tile, 2:97≧x>90, 3:90≧x≧10, 4:10>x≧3, 5:3>x	110	310		
11	○	○	○	頭囲	数字	cm	10	99	2	1		111			
12	○	○	○	頭囲 (R-セントイル・コード)	コード				1	0	1:1x>97%tile, 2:97≧x>90, 3:90≧x≧10, 4:10>x≧3, 5:3>x	112			
13	○	○	○	肥満度	数字	%			2	1				509	
14	○	○	○	肥満度 (コード)	コード				1	0	1:x≧30%, 2:30>x≧20, 3:20>x≧15, 4:15>x>-15, 5:-15≧x>-20, 6:-20≧x			510	
15	○	○	○	低身長	コード				1	0	1:所見なし, 2:10R-セントイル未満, 3:3R-セントイル未満			511	
16	○	○	○	身体発育不良	コード				1	0	1:所見なし, 2:1~2歳級以内, かつ判定時点の8, 体重(R-セントイル・コード)が10R-セントイル未満 (4:10>x≧3または5:3>x), 3:2歳級超, かつ判定時点の8, 体重(R-セントイル・コード)が10R-セントイル未満 (4:10>x≧3または5:3>x)	113	311	512	
17	○	○	○	筋緊張	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入	114			
18	○	○	○	反射	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入	115			
19	○	○	○	定額	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入	116			
20	○	○	○	手の握り(物をつかまない)	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入	117			
21	○	○	○	姿勢	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入	118			
22	○	○	○	歩行の遅れ	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入		312		
23	○	○	○	胸郭・脊柱の変形	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入		313	513	
24	○	○	○	歩容	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入		314	514	
25	○	○	○	O脚	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入		315	515	
26	○	○	○	手の使い方が未熟	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入		316		
27	○	○	○	母指と示指で輪ができない	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入			516	
28	○	○	○	笑わない	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入	119			
29	○	○	○	声が出ない	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入	120			
30	○	○	○	発語の遅れ	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入		317		
31	○	○	○	視線が合わない	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入	121	318	518	
32	○	○	○	指示理解の遅れ	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入		319	519	
33	○	○	○	多動	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入		320	520	
34	○	○	○	吃音	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入			521	
35	○	○	○	追視	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入	122			
36	○	○	○	斜視	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入		321		
37	○	○	○	聴覚異常	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入	123	322		
38	○	○	○	心音異常	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入	124			
39	○	○	○	腹部腫瘍	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入	125	323		
40	○	○	○	臍ヘルニア	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入		324		
41	○	○	○	停留精巣	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入	126	325		
42	○	○	○	そけいヘルニア	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入	127	326		
43	○	○	○	股関節開閉制限	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入	128			
44	○	○	○	血管腫	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入	129			
45	○	○	○	仙骨皮膚洞・腫瘍	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入	130			
46	○	○	○	外性器異常	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入	131			
47	○	○	○	湿疹	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入	132			
48	○	○	○	アトピー性皮膚炎	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入		327	522	
49	○	○	○	被虐待跡	コード				1	0	1:所見なし, 2:所見あり, 9:無記入	133	328	523	
50	○	○	○	視覚検査	コード				1	0	1:異常なし, 2:管理中, 3:異常の疑いあり, 9:無記入			524	
51	○	○	○	聴覚検査	コード				1	0	1:異常なし, 2:主治医管理, 3:異常の疑い(差出性中耳炎等), 4:異常の疑い(難聴等), 9:無記入			525	
52	○	○	○	う歯数(総本数)	数字	本	0	21	2	0	※「う歯数(総本数)」≧「う歯数(処置歯数)」		329	526	
53	○	○	○	う歯数(処置歯数)	数字	本	0	21	2	0	※「う歯数(総本数)」≧「う歯数(処置歯数)」		330	527	
54	○	○	○	う蝕罹患型(1.6用)	コード				1	0	1:O1型, 2:O2型, 3:A型, 4:B型, 5:C型, 9:無記入		331		
55	○	○	○	う蝕罹患型(3歳用)	コード				1	0	1:O型, 2:A型, 3:B型, 4:C1型, 5:C2型, 9:無記入			528	
56	○	○	○	歯列・咬合異常(1.6用)	コード				1	0	1:なし, 2:あり, 9:無記入	332			
57	○	○	○	反対咬合(下顎前突)	コード				1	0	1:なし, 2:あり, 9:無記入			529	
58	○	○	○	上顎前突(過蓋咬合)	コード				1	0	1:なし, 2:あり, 9:無記入			530	
59	○	○	○	開咬	コード				1	0	1:なし, 2:あり, 9:無記入			531	
60	○	○	○	その他の歯列・咬合異常	コード				1	0	1:なし, 2:あり, 9:無記入			532	
61	○	○	○	軟組織異常(1.6用)	コード				1	0	1:なし, 2:あり, 9:無記入	333			
62	○	○	○	小帯異常	コード				1	0	1:なし, 2:あり, 9:無記入			533	
63	○	○	○	歯肉異常	コード				1	0	1:なし, 2:あり, 9:無記入			534	
64	○	○	○	その他の軟組織異常	コード				1	0	1:なし, 2:あり, 9:無記入			535	
65	○	○	○	歯の形態異常, 歯数異常	コード				1	0	1:なし, 2:あり, 9:無記入			536	
66	○	○	○	口腔のその他の異常	コード				1	0	1:なし, 2:あり, 9:無記入		334	537	
67	○	○	○	歯垢付着	コード				1	0	1:なし, 2:あり, 9:無記入		335	538	
68	○	○	○	指しゃぶり・おしゃぶり	コード				1	0	1:なし, 2:あり, 9:無記入			539	
69	○	○	○	授乳	コード				1	0	1:支援不要, 2:自ら対処可能, 3:保健機関継続支援, 4:機関連携支援, 9:無記入	134			
70	○	○	○	栄養方法(1か月時)	コード				1	0	1:母乳, 2:人工乳, 3:混合, 9:無記入	135			
71	○	○	○	栄養方法(3~4か月時)	コード				1	0	1:母乳, 2:人工乳, 3:混合, 9:無記入	136			
72	○	○	○	朝食	コード				1	0	1:ほぼ毎日食べる, 2:週4~5日食べる, 3:週2~3日食べる, 4:ほとんど食べない, 9:無記入		336	540	
73	○	○	○	就寝時間	コード				1	0	1:9時前, 2:9時台, 3:10時台, 4:11時以降, 9:無記入		337	541	
74	○	○	○	メディアの視聴	コード				1	0	1:いいえ, 2:はい, 9:無記入	137	338	542	
75	○	○	○	排泄の自立	コード				1	0	1:ひとりでできる, 2:手伝えばできる, 3:できない, 9:無記入			543	
76	○	○	○	おやつ回数	コード				1	0	1:3回未満, 2:3回以上, 9:無記入		339	544	
77	○	○	○	甘いおやつを食べる習慣	コード				1	0	1:ない, 2:ある, 9:無記入		340	545	
78	○	○	○	甘い飲み物を飲む習慣	コード				1	0	1:ない, 2:ある, 9:無記入		341	546	
79	○	○	○	母乳を飲みながら寝る習慣	コード				1	0	1:ない, 2:ある, 9:無記入		342	547	
80	○	○	○	哺乳瓶で飲みながら寝る習慣	コード				1	0	1:ない, 2:ある, 9:無記入		343	548	
81	○	○	○	仕上げがき	コード				1	0	1:保護者が仕上げがきをしている, 2:保護者のみで, 3:子どもだけで, 4:あがかない, 9:無記入		344	549	
82	○	○	○	飲み込めないかまずに丸飲み	コード				1	0	1:はい, 2:時々ある, 3:いつもある, 9:無記入		345	550	
83	○	○	○	食事のときに足裏が床についている	コード				1	0	1:はい, 2:いいえ, 9:無記入		346	551	
84	○	○	○	水を飲むときに使用するもの	コード				1	0	1:コップ, 2:ストローマグ, 3:その他, 9:無記入		347		
85	○	○	○	口を閉じて食べる	コード				1	0	1:はい, 2:いいえ, 9:無記入			552	
86	○	○	○	子育ての相談相手	コード				1	0	1:いる, 2:いない, 9:無記入	138	348	553	
87	○	○	○	ゆったりとした気分で子どもと過ごす	コード				1	0	1:はい, 2:いいえ, 3:何ともいえない, 9:無記入	139	349	554	

NO	健診区分			項目名	データに関する情報							CSVファイル別出力順			
	3歳6か月児	1歳6か月児	3歳児		タイプ	単位	最小値	最大値	整数桁数	小数点桁数	備考(コード内容)	妊娠期間	追跡報告	追跡報告	追跡報告
88	○	○	○	同居家族の喫煙者	コード				1	0	1:いない、2:いる、9:無記入	140	350	555	
89	○	○	○	喫煙者(母)	コード				1	0	0:該当なし、1:該当あり(項目88において『2』が選択された場合に選択)	141	351	556	
90	○	○	○	喫煙者(父)	コード				1	0	0:該当なし、1:該当あり(項目88において『2』が選択された場合に選択)	142	352	557	
91	○	○	○	喫煙者(その他)	コード				1	0	0:該当なし、1:該当あり(項目88において『2』が選択された場合に選択)	143	353	558	
92	○	○	○	育児期間中の両親の喫煙(母)	コード				1	0	1:なし、2:あり、9:無記入	140	350	555	
93	○	○	○	育児期間中の両親の喫煙(母_本数)	数字	本	1	999	3	0	※「本数」(項目92において『2』が選択された場合に選択)	141	351	556	
94	○	○	○	育児期間中の両親の喫煙(父)	コード				1	0	1:なし、2:あり、9:無記入	142	352	557	
95	○	○	○	育児期間中の両親の喫煙(父_本数)	数字	本	1	999	3	0	※「本数」(項目94において『2』が選択された場合に選択)	143	353	558	
96	○	○	○	事故防止(誤飲)	コード				1	0	1:はい、2:いいえ、9:無記入	144			
97	○	○	○	事故防止(浴室)	コード				1	0	1:はい、2:いいえ、3:該当しない、9:無記入		354		
98	○	○	○	事故防止(転落)	コード				1	0	1:はい、2:いいえ、9:無記入			559	
99	○	○	○	妊娠・出産について満足している	コード				1	0	1:はい、2:いいえ、3:どちらとも言えない、9:無記入	145			
100	○	○	○	妊娠中の妊婦の喫煙	コード				1	0	1:なし、2:あり、9:無記入	146			
101	○	○	○	妊娠中の妊婦の喫煙(本数)	数字	本	1	999	3	0	※「本数」(項目100において『2』が選択された場合に選択)	147			
102	○	○	○	妊娠中の妊婦の飲酒	コード				1	0	1:なし、2:あり、9:無記入	148			
103	○	○	○	予防接種(四種混合)	コード				1	0	1:はい、2:いいえ、9:無記入		355		
104	○	○	○	予防接種(麻しん・風しん)	コード				1	0	1:はい、2:いいえ、9:無記入		356		
105	○	○	○	この地域で子育てをしたい	コード				1	0	1:そう思う、2:どちらかといえば思う、3:どちらかといえば思うわない、4:そう思うわない、9:無記入	149	357	560	
106	○	○	○	父の育児参加	コード				1	0	1:よくやっている、2:時々やっている、3:ほとんどしない、4:何ともいえない、9:無記入	150	358	561	
107	○	○	○	育てにくさと対処方法(育てにくさ)	コード				1	0	1:いつも感じる、2:時々感じる、3:感じない、9:無記入	151	359	562	
108	○	○	○	育てにくさと対処方法(対処方法)	コード				1	0	1:はい、2:いいえ、9:無記入(項目107において『1』、『2』が選択された場合に選択)	152	360	563	
109	○	○	○	子どもの社会的発達過程	コード				1	0	1:はい、2:いいえ、9:無記入	153	361	564	
110	○	○	○	体罰・暴言等によらない子育て(1に回答)	コード				1	0	1:回答あり、2:回答なし、9:無記入	154	362	565	
111	○	○	○	体罰・暴言等によらない子育て(2に回答)	コード				1	0	1:回答あり、2:回答なし、9:無記入	155	363	566	
112	○	○	○	体罰・暴言等によらない子育て(3に回答)	コード				1	0	1:回答あり、2:回答なし、9:無記入	156	364	567	
113	○	○	○	体罰・暴言等によらない子育て(4に回答)	コード				1	0	1:回答あり、2:回答なし、9:無記入	157	365	568	
114	○	○	○	体罰・暴言等によらない子育て(5に回答)	コード				1	0	1:回答あり、2:回答なし、9:無記入	158	366	569	
115	○	○	○	体罰・暴言等によらない子育て(6に回答)	コード				1	0	1:回答あり、2:回答なし、9:無記入	159	367		
116	○	○	○	体罰・暴言等によらない子育て(7に回答)	コード				1	0	1:回答あり、2:回答なし、9:無記入	160	368		
117	○	○	○	体罰・暴言等によらない子育て(8に回答)	コード				1	0	1:回答あり、2:回答なし、9:無記入	161	369	570	
118	○	○	○	揺さぶられ症候群	コード				1	0	1:はい、2:いいえ、9:無記入	162			
119	○	○	○	子ども医療電話相談	コード				1	0	1:はい、2:いいえ、9:無記入	163			
120	○	○	○	子どものかかりつけ医(医師)	コード				1	0	1:はい、2:いいえ、3:何ともいえない、9:無記入	164		571	
121	○	○	○	子どものかかりつけ医(歯科医師)	コード				1	0	1:はい、2:いいえ、3:何ともいえない、9:無記入			572	
122	○	○	○	就労妊婦への配慮	コード				1	0	1:働いていたことがある、2:働いていない、9:無記入	165			
123	○	○	○	就労妊婦への配慮②	コード				1	0	1:はい、2:いいえ、9:無記入(項目122において『1』が選択された場合に選択)	166			
124	○	○	○	マタニティマーク	コード				1	0	1:知らなかった、2:知っていた、9:無記入	167			
125	○	○	○	マタニティマーク②	コード				1	0	1:利用したことがある、2:利用したことはない、9:無記入(項目124において『2』が選択された場合に選択)	168			
126	○	○	○	子の要因(発達)	コード				1	0	1:支援不要、2:自ら対応可能、3:保健機関継続支援、4:機関連携支援、8:状況確認、9:無記入	169	370	573	
127	○	○	○	子の要因(その他)	コード				1	0	1:支援不要、2:自ら対応可能、3:保健機関継続支援、4:機関連携支援、8:状況確認、9:無記入	170	371	574	
128	○	○	○	親、家庭の要因	コード				1	0	1:支援不要、2:自ら対応可能、3:保健機関継続支援、4:機関連携支援、8:状況確認、9:無記入	171	372	575	
129	○	○	○	親子関係	コード				1	0	1:支援不要、2:自ら対応可能、3:保健機関継続支援、4:機関連携支援、8:状況確認、9:無記入	172	373	576	
130	○	○	○	子育て支援総合判定	コード				1	0	1:支援不要、2:自ら対応可能、3:保健機関継続支援、4:機関連携支援、8:状況確認、9:無記入(項目126、127、128、129のうち1つでも該当する大きいコードに区分)	173	374	577	
131	○	○	○	子の要因(発達)	コード				1	0	0:対象外、1:支援不要、2:自ら対応可能、3:保健機関継続支援、4:機関連携支援、9:状況不明	201	401	601	
132	○	○	○	子の要因(その他)	コード				1	0	0:対象外、1:支援不要、2:自ら対応可能、3:保健機関継続支援、4:機関連携支援、9:状況不明	202	402	602	
133	○	○	○	親、家庭の要因	コード				1	0	0:対象外、1:支援不要、2:自ら対応可能、3:保健機関継続支援、4:機関連携支援、9:状況不明	203	403	603	
134	○	○	○	親子関係	コード				1	0	0:対象外、1:支援不要、2:自ら対応可能、3:保健機関継続支援、4:機関連携支援、9:状況不明	204	404	604	
135	○	○	○	子育て支援総合判定	コード				1	0	0:対象外、1:支援不要、2:自ら対応可能、3:保健機関継続支援、4:機関連携支援、9:状況不明(項目131、132、133、134のうち1つでも該当する大きいコードに区分)	205	405	605	
136	○	○	○	個別支援:電話・メール相談	コード				1	0	0:対象外、1:実施、2:未実施、9:状況不明	206	406	606	
137	○	○	○	個別支援:家庭訪問	コード				1	0	0:対象外、1:実施、2:未実施、9:状況不明	207	407	607	
138	○	○	○	個別支援:来所等面接	コード				1	0	0:対象外、1:実施、2:未実施、9:状況不明	208	408	608	
139	○	○	○	個別支援の受け入れ	コード				1	0	0:対象外、1:支援を受け入れた、2:支援を受け入れなかった、9:状況不明	209	409	609	
140	○	○	○	保健機関事業	コード				1	0	0:対象外、1:利用した、2:利用しなかった、9:状況不明	210	410	610	
141	○	○	○	他機関事業	コード				1	0	0:対象外、1:利用した、2:利用しなかった、9:状況不明	211	411	611	
142	○	○	○	乳児股関節脱臼	コード				1	0	0:対象外、1:異常なし、2:異常あり(股関節脱臼)、7:異常あり(股関節脱臼以外)、9:状況不明	212			
143	○	○	○	視覚異常	コード				1	0	0:対象外、1:異常なし、2:異常あり(視覚異常)、7:異常あり(視覚異常以外)、9:状況不明			612	
144	○	○	○	聴覚異常	コード				1	0	0:対象外、1:異常なし、2:異常あり(聴覚異常)、7:異常あり(聴覚異常以外)、9:状況不明			613	
145	○	○	○	未婚・再婚・死別	コード				1	0	0:なし、1:あり、8:未実施、9:状況不明	2			
146	○	○	○	母親の年齢が24歳以下	コード				1	0	0:なし、1:あり、8:未実施、9:状況不明	1			
147	○	○	○	パートナーが無職、一人の場合は母親が無職	コード				1	0	0:なし、1:あり、8:未実施、9:状況不明	3			
148	○	○	○	経済的に困っている	コード				1	0	0:なし、1:あり、8:未実施、9:状況不明	4			
149	○	○	○	困った時に助けてくれる人がいない	コード				1	0	0:なし、1:あり、8:未実施、9:状況不明	5			
150	○	○	○	妊娠中のタバコ・飲酒、妊娠前のタバコ	コード				1	0	0:なし、1:あり、8:未実施、9:状況不明	6			
151	○	○	○	中絶2回以上	コード				1	0	0:なし、1:あり、8:未実施、9:状況不明	7			
152	○	○	○	精神疾患(こころの病気)の既往あり	コード				1	0	0:なし、1:あり、8:未実施、9:状況不明	8			
153	○	○	○	妊娠が分かったときの気持ち	コード				1	0	0:なし、1:あり、8:未実施、9:状況不明	9			
154	○	○	○	夫婦関係で困っている	コード				1	0	0:なし、1:あり、8:未実施、9:状況不明	10			
155	○	○	○	この1年間に、うつ状態が2週間以上続いたことが	コード				1	0	0:なし、1:あり、8:未実施、9:状況不明	11			
156	○	○	○	妊娠届け出時の妊娠週数が2週以降	コード				1	0	0:なし、1:あり、8:未実施、9:状況不明	12			
157	○	○	○	その他(面接時気になる、多胎、スタッフからの)	コード				1	0	0:なし、1:あり、8:未実施、9:状況不明	13			
158	○	○	○	妊娠届出書スクリーニングの合計点数	数字	点	0	17	2	0	スクリーニングの合計点数	14			
159	○	○	○	妊娠期の支援方針	コード				1	0	1:支援不要、2:自ら対応可能、3:保健機関継続支援、4:機関連携支援、9:状況不明	15			
160	○	○	○	個別支援:電話・メール相談	コード				1	0	0:対象外、1:実施、2:未実施、9:状況不明	16			
161	○	○	○	個別支援:家庭訪問	コード				1	0	0:対象外、1:実施、2:未実施、9:状況不明	17			
162	○	○	○	個別支援:来所等面接	コード				1	0	0:対象外、1:実施、2:未実施、9:状況不明	18			
163	○	○	○	個別支援の受け入れ	コード				1	0	0:対象外、1:支援を受け入れた、2:支援を受け入れなかった、9:状況不明	19			
164	○	○	○	保健機関事業	コード				1	0	0:対象外、1:利用した、2:利用しなかった、9:状況不明	20			
165	○	○	○	他機関事業	コード				1	0	0:対象外、1:利用した、2:利用しなかった、9:状況不明	21			
166	○	○	○	EPDS実施の有無	コード				1	0	0:なし(未実施)、1:あり、9:状況不明	22			
167	○	○	○	EPDSの点数	数字	点	0	30	2	0	産婦健診(産後1か月健診)や新生児家庭訪問等で実施したEPDSの点数	23			
168	○	○	○	EPDS項目10の点数	数字	点	0	3	1	0	0:全くなかった、1:あつた、2:時々あつた、3:はい、かなりしばしばあつた	24			
169	○	○	○	産後の支援方針	コード				1	0	1:支援不要、2:自ら対応可能、3:保健機関継続支援、4:機関連携支援、9:状況不明	25			
170	○	○	○	産後の支援開始時期	コード				1	0	0:対象外、1:1か月未満、2:2か月未満、3:3か月未満、4:4か月未満	26			
171	○	○	○	個別支援:電話・メール相談	コード				1	0	0:対象外、1:実施、2:未実施、9:状況不明	27			
172	○	○	○	個別支援:家庭訪問	コード				1	0	0:対象外、1:実施、2:未実施、9:状況不明	28			
173	○	○	○	個別支援:来所等面接	コード				1	0	0:対象外、1:実施、2:未実施、9:状況不明	29			
174	○	○	○	個別支援の受け入れ	コード				1	0	0:対象外、1:支援を受け入れた、2:支援を受け入れなかった、9:状況不明	30			
175	○	○	○	保健機関事業	コード				1	0	0:対象外、1:利用した、2:利用しなかった、9:状況不明	31			
176	○	○	○	他機関事業	コード				1	0	0:対象外、1:利用した、2:利用しなかった、9:状況不明	32			

※(88)~(91)

⇒ 母子保健情報システムのみを利用している場合は、これらの項目を残す

## 愛知県母子健康診査情報の利活用に関する実施要領

## 1 目的

この要領は、愛知県内の名古屋市・中核市を除く市町村（以下「市町村」という。）、中核市及び愛知県が、愛知県母子健康診査マニュアル（以下「母子健康診査マニュアル」という。）に基づき、母子保健業務や乳幼児健康診査で得られた情報（以下「母子健康診査情報」という。）の集計・分析及び疫学研究等（以下「集計・分析等」という。）に係る必要な事項について定めることにより、乳幼児健康診査の精度管理や質の向上及び効果的な母子保健施策の推進を図る。

## 2 対象者

市町村及び中核市が実施した3～4か月児健康診査、1歳6か月児健康診査及び3歳児健康診査（以下「乳幼児健康診査」という。）の受診者及びその保護者

## 3 集計・分析等の実施機関

集計・分析等の実施機関は、市町村、中核市、県保健所、あいち小児保健医療総合センター及び健康対策課とする。

## 4 情報入手の方法

## (1) 市町村

## ア データベースの作成

乳幼児健康診査終了後、受診者の健診票等から、母子健康診査マニュアルで定める集計項目等について、市町村の電算システム等でデータベースを作成する。

また、集計項目のうち、乳幼児健康診査後に判明する結果については、結果が判明し次第、データベースに入力する。

## イ 県への情報提供

データベースから氏名、住所等の個人を識別できる情報を省き、整理番号を付した集計項目に関する匿名化したデータ（以下「個別データ」という。）を作成し、母子健康診査マニュアルで定める時期に、電子媒体で管轄する県保健所に提出する。

ただし、対象者から集計・分析等の利活用及び県への提供について同意しないという意思表示があったものは除くこととする。

## (2) 中核市

## ア データベースの作成

乳幼児健康診査終了後、受診者の健診票等から、母子健康診査マニュアルで定める集計項目等について、中核市の電算システム等でデータベースを作成する。

また、集計項目のうち、乳幼児健康診査後に判明する結果については、結果が判明し次第、データベースに入力する。

## イ 県への情報提供

データベースから母子健康診査マニュアルで定める集計項目の集計表を作成し、母子健康診査マニュアルで定める時期に、電子媒体であいち小児保健医療総合センターに提出する。

## (3) 県保健所

市町村から提出された個別データについて、市町村毎の集計表を作成し、管内分の集計表を母子健康診査マニュアルで定める時期に、電子媒体であいち小児保健医療総合センターに提出する。

(4) あいち小児保健医療総合センター

中核市及び県保健所から提出された集計表について、県全体の集計・分析を行い、電子媒体で健康対策課に報告する。

特に個別データの分析が必要な場合に限り、その項目に関する集計表の作成又は個別データの提供を中核市及び県保健所に依頼することができる。

ただし、個別データの提供を受ける場合については、電子媒体によるものとする。

(5) 健康対策課

あいち小児保健医療総合センターから報告のあった県全体の情報について、市町村、中核市及び県保健所へ還元する。

5 情報の活用

集計・分析等の実施機関は、必要に応じて母子健康診査情報の集計・分析等を行い、関係機関及び県民等へ公表する。

6 対象者への説明

市町村及び中核市は、乳幼児健康診査の通知文に記載する等の方法により、次の各号で定める情報の利用に関する事項について、対象者に周知する。

- (1) 利用目的（対象者とその家族への支援及び母子保健施策の推進のための集計・分析等を目的に活用すること。）
- (2) 愛知県への提供（氏名、住所等の個人を識別できる情報は提供しないこと。）
- (3) 集計・分析等及び愛知県への提供においては、個人が特定されることはないこと。
- (4) 集計・分析等の成果については、公表されることがあること。

7 情報の管理

(1) 市町村及び中核市

個人情報の保護に関する法律及びこれに基づく各地方自治体の条例等に則り、母子健康診査情報及び乳幼児健康診査の問診票、健診票及び電子データ等の対象者に係る情報を適切に取り扱い、その情報を保護しなければならない。

また、個別データの整理番号と氏名等の一致に関しては、市町村及び中核市のみでの利用とする。

(2) 県保健所及びあいち小児保健医療総合センター

県保健所及びあいち小児保健医療総合センターは、個人情報の保護に関する法律及び愛知県個人情報保護条例等に則り、入手した個別データについて、管理責任者を明確にして適切に管理する。

8 個別データの保存年限

県保健所及びあいち小児保健医療総合センターは、入手した個別データを5年間保存する。

9 その他

この要領に定めるもののほか、母子健康診査情報の管理及び利活用に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

- 1 この要領は、令和3年3月8日から施行し、令和3年4月1日から適用する。
- 2 この要領の施行に伴い、愛知県乳幼児健康診査情報の利活用に関する実施要領（令和元年10月25日付け31健対第1887号保健医療局長通知）は廃止する。

## 愛知県母子健康診査マニュアル

---

昭和 60 年 2 月 初版発行  
昭和 63 年 3 月 第 2 版発行（改訂）  
平成元年 11 月 第 2 版第 2 刷発行  
平成 4 年 2 月 第 3 版発行（改訂）  
平成 6 年 2 月 第 3 版第 2 刷発行  
平成 7 年 2 月 第 4 版発行（改訂）  
平成 8 年 3 月 第 4 版第 2 刷発行  
平成 9 年 3 月 第 5 版発行（改訂）  
平成 11 年 3 月 第 6 版発行（全面改訂）  
平成 13 年 3 月 第 6 版第 2 刷発行  
平成 14 年 3 月 第 7 版発行（改訂）  
平成 20 年 2 月 第 8 版発行（改訂）  
平成 23 年 3 月 第 9 版発行（全面改訂）  
令和 3 年 3 月 第 10 版発行（全面改訂）

---

編 集 愛知県保健医療局健康医務部健康対策課  
愛知県母子健康診査等専門委員会  
愛知県母子保健運営協議会

発 行 愛知県保健医療局健康医務部健康対策課  
〒460-8501 愛知県名古屋市三の丸三丁目 1 番 2 号  
電話 052-954-6283 FAX 052-954-6917