

# 1歳6か月児健康診査問診票

(名前： )

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 1. 他の子どもに興味がありますか？   | はい  | いいえ |
| 2. 何かほしいモノがある時、指をさして要求しますか？                                    | はい  | いいえ |
| 3. 何かに興味を持った時、指をさして伝えようとしますか？                                  | はい  | いいえ |
| 4. あなたに見てほしいモノがある時、それを見せに持ってきますか？                              | はい  | いいえ |
| 5. あなたのすることをまねしますか？  | はい  | いいえ |
| (たとえば、くちをとがらせてみせると、顔まねをしようとしますか？)                              |     |     |
| 6. あなたが名前を呼ぶと、反応しますか？  | はい  | いいえ |
| 7. あなたが部屋の中の離れたところにあるオモチャを指で指すと、お子さんはその方向を見ますか？                | はい  | いいえ |
| 8. お子さんの耳が聞こえないのではないかと心配されたことがありますか？                           | いいえ | はい  |
| 9. 言われた言葉をわかっていますか？  | はい  | いいえ |
| 10. いつもと違うことがある時、あなたの顔を見て反応を確かめますか？                            | はい  | いいえ |
| 11. お子さんをブランコのように揺らしたり、膝の上で揺らすと喜びますか？                          | はい  | いいえ |
| 12. 階段など、何かの上に這い上がることが好きですか？                                   | はい  | いいえ |
| 13. イナイナイバーをすると喜びますか？  | はい  | いいえ |
| 14. 電話の受話器を耳に当ててしゃべるまねをしたり、人形やその他のモノを使ってごっこ遊びをしますか？            | はい  | いいえ |
| 15. クルマや積木のオモチャを、クチに入れたり、さわったり、落としたりする遊びではなく、オモチャにあった遊び方をしますか？ | はい  | いいえ |
| 16. 1、2秒より長く、あなたの目を見つめますか？                                     | はい  | いいえ |
| 17. ある種の音に、特に過敏に反応して不機嫌になりますか？(耳をふさぐなど)                        | いいえ | はい  |
| 18. あなたがお子さんの顔を見たり、笑いかけると、笑顔を返してきますか？                          | はい  | いいえ |
| 19. お子さんは歩きますか？  | はい  | いいえ |
| 20. あなたが見ているモノを、お子さんも一緒に見ますか？                                  | はい  | いいえ |
| 21. 顔の近くで指をひらひら動かすなどの変わった癖がありますか？                              | いいえ | はい  |
| 22. あなたの注意を、自分の方にひこうとしますか？                                     | はい  | いいえ |
| 23. 何も無い宙をじいーっと見つめたり、目的なくひたすらうろろろすることがありますか？                   | いいえ | はい  |
| 24. お母様がこの1か月間、気分が沈んだり、憂鬱な気持ちになったりすることがよくありましたか                | いいえ | はい  |
| 25. お母様がこの1か月月間、どうも物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか      | いいえ | はい  |