

# 子供の18ヶ月健康診断の前に

発達状況の親の評価 (Parent Evaluation of Developmental Status; PEDS) 用紙の翻訳版をホームページ [www.mhcs.health.nsw.gov.au](http://www.mhcs.health.nsw.gov.au) から印刷し、診察の前に記入するか、児童保健担当看護師(child health nurse) に記入を手伝ってもらってください。

看護師や医者診察を受ける前に次の質問に答えてください。

## 聴覚

	はい	いいえ	不明
子供の聴覚が心配ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供は、特にうるさい所で、他人の話に反応しますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供は常に「何」と聞きますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供は話している人の顔をじっと見ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供は話しかけられたとき顔をしかめたり、一生懸命に聞こうと努力しますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供はどの方向から音が聞こえてくるか聞き分けるのに問題がありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供は簡単に欲求不満になり、いらいらして破壊的になりますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供の声は他の子供と比べ目立って大きいですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供はよく風邪を引くか、青っ漬が垂れていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供は頻繁に耳の感染症にかかりますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供は「ママ」や「パパ」以外の簡単な言葉を言いますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供は、「テーブルの上にボールを置きなさい」や「ボールをちょうだい」のような簡単な指図が分かりますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供は体の一部、おもちゃ、人を指差すことができますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供は簡単な物語や歌を聞こうとしますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 視覚

子供の視覚が心配ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供に斜視または弱視がありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供は小さなものを見えにくそうにしますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供は遠くから良く知っている人や物が分かりますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ご家族の中に視覚障害を持つ人がいますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

上記の質問の答えが1つでも「はい」の場合、かかりつけの医者か児童家族保健担当看護師 (child and family health nurse) に知らせてください。

結果：  正常  紹介  見直し

## 18ヶ月で話す話題

- 子供の安全、監督及び運動能力の変化
- 家族の食事
- 睡眠/夜中に目を覚ます
- かんしゃく
- 兄弟の問題
- 喫煙
- しつけや限度の設定など、親として実践
- トイレのトレーニング
- 歯の手入れ
- 日焼け防止
- 保育園/プレーグループ
- 指しゃぶり、お気に入りのおもちゃ、おしゃぶり等の自分を安心させる行為
- 予防接種
- 会話力と言語
- 家族への支援と他の問題