

子供の3歳児健康診断の前に

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 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。

3歳から記入を要する聴覚危険因子

	はい	いいえ	不明
子供の聴覚が心配ですか。			
この一年間に子供は4回以上耳の感染症にかかりましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供はいつも風邪を引いているか青っ涙が垂れていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
この一年間に子供に耳垂れがありましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供は風邪を引いているとき、聴力に問題がありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供はあなたに言っていることを繰り返すように頼みますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供は言われた指示に従うのが困難ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供ははっきりと話しますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供は話すとき一連の単語を使いますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供は言われた方向に向かいますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供は会話に活発に加わりますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供はどこから音が聞こえてくるか、言うことができますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
質問に対する子供の答えがしばしば不適切ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供は言われた事に対して反応が遅く、他の子供の動きを手がかりにしますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供のプレスクール/保育園の出席率は悪いですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供はしばしば片方の耳を話している人や音のする方に向けますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供はグループの中でぼんやりしているか、秩序を乱しますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供は言われた事をしばしば誤解したり間違った意味に解釈しますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供は課題をする前に、先生ではなく他の子供がするのを待っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供は活動に参加するのを嫌がりますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供は一人で行動するのを好むように見えますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

視覚に関する質問

子供の視覚が心配ですか。

子供に斜視または弱視がありますか。

子供は小さなものを見えにくそうにしますか。

子供は、飛行機や飛んでいる鳥等、遠くに見えるものに興味を示しますか。

ご家族の中に視覚障害を持つ人がいますか。

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