

5歳児健康診査に係るアンケート調査の御協力のお願い（個人用）

本県では、市町における5歳児健康診査の実施を推進するため、令和7年度から「香川県5歳児健康診査推進ワーキンググループ」を設置し、検討を進めております。5歳児健康診査の円滑な実施には、医師、言語聴覚士、作業療法士、心理士等の専門職の皆様の御協力が不可欠です。

つきましては、今後の健診体制の構築にあたり、5歳児健康診査への御協力が可能な専門職の状況を把握するため、貴会所属の会員の皆様を対象にアンケート調査を実施させていただきたく存じます。なお、本アンケートの結果につきましては、今後の健診体制の検討資料とするとともに、県内の市町にも情報共有させていただき予定です。

御多用の折とは存じますが、趣旨を御理解のうえ、アンケート調査への御協力を賜りますようお願い申し上げます。

【回答方法】御記入いただいたアンケート用紙を、FAXまたはメールで御提出いただくか、右記QRコードから御回答ください。県内の状況を正しく把握するため、医療機関、児童発達支援センター、かがわりハビリテーション事業団に所属されている方は、所属でとりまとめて御回答ください。上記以外の方のみ、個人で御回答ください。



【提出期限】令和7年9月12日（金）

【提出先】香川県健康福祉部子ども政策推進局子ども家庭課 高橋宛

FAX 087(806)0207 Mail kodomokatei@pref.kagawa.lg.jp

<< 5歳児健康診査とは >>

1 目的

幼児期において幼児の言語の理解能力や社会性が高まり、発達障害が認知される時期であり、保健、医療、福祉による対応の有無が、その後の成長・発達に影響を及ぼす時期である5歳児に対して健康診査を行い、こどもの特性を早期に発見し、特性に合わせた適切な支援を行うとともに、生活習慣、その他育児に関する指導を行い、もって幼児の健康の保持及び増進を図る。

2 対象

実施年度に満5歳になる幼児（標準的には4歳6か月～5歳6か月となる幼児）

3 健診項目

- 1) 身体発育状況
- 2) 栄養状態
- 3) 精神発達の状況
- 4) 言語障害の有無
- 5) 育児上問題となる事項の確認（生活習慣の自立、社会性の発達、しつけ、食事、事故等）
- 6) その他の疾病及び異常の有無

4 国が推奨する健診（集団健診方式）の流れ

（※実際の実施方式や健診の流れは、実施主体である市町によって異なります。）



5歳児健康診査票

受診日 令和 年 月 日	
身体測定	
身長	体重
cm	kg
カウプ指数	肥満度
6 情緒・行動	
ア 情緒の問題（不安） イ 行為の問題（かん ウ 多動/不注意 エ 仲間関係の問題	
7 こどもの遊び 外遊び等の体を使う遊び	
8 生活習慣 適切・不適切 ア 食事の問題 イ 歯磨きの問題 ウ 排便の問題	
1 身体的発育異常 2 運動機能異常 3 感覚器・その他の異常 4 皮膚の異常 5 理解に関する課題 しりとりにゃんけん等	
無・有 ア 目の異常（眼位・視力等） イ 耳の異常（聞こえにくい） ウ 発音不明瞭 エ その他（いびき・無呼吸等） ア 湿疹・アトピー性皮膚炎・あざ イ その他	
無・有	
判定 1 異常なし [医療] 2 既医療 3 要紹介（要精密・要治療） [福祉等] 4 既療育 5 要経過観察	
紹介先	
診査医名	
育児環境等	
1 メディア視聴の問題 2 睡眠に関する問題 3 事故予防に関する問題 4 養育環境	
5 健康の社会的決定要因 ア 経済的困窮 イ 家族内の喫煙 ウ 家族内不和 エ その他	
心配事	
無・有（ 子育で支援の必要性の判定 1 特に問題なし 2 保健師による支援が必要 3 その他の支援が必要（ 判定者	
記事（要紹介となった場合の結果等）	

5 歳児健康診査に係るアンケート

Q 1 基本情報

所属団体	作業療法士会 ・ 言語聴覚士会 ・ 臨床心理士会
氏名	(TEL)

Q 2 - 1 5 歳児健康診査への協力について、専門職（作業療法士・言語聴覚士・心理士）として今後御対応いただくことは可能ですか？

☐ 可能 ☐ 条件付きで可能 ☐ 関心はあるが難しい ☐ 不可能

※「条件付きで可能」と回答された場合はその条件を、「関心はあるが難しい」「不可能」と回答された場合は、その理由を御記入ください。

--

Q 2 - 2 Q 2 - 1 で「可能」「条件付きで可能」と回答された場合、どのような形で協力が可能ですか？（複数選択可）

- ☐ 健診当日の診察・行動観察・評価・記録
☐ 発達や行動等の観察・評価・記録（心理士・療法士等の場合）
☐ 保護者への相談・助言
☐ 健診後のフォローアップ（園所への訪問支援, 個別相談, その他市町事業への協力etc.）
☐ その他

※「その他」と回答された場合は具体的に御記入ください。

--

Q 3 1 年間に対応可能な回数・日数の目安があれば御記入ください。

派遣可能地域 (当てはまる市町に○を お願いします。)	1 高松市 4 善通寺市 7 東かがわ市 10 小豆島町 13 宇多津町 16 多度津町	2 丸亀市 5 観音寺市 8 三豊市 11 三木町 14 綾川町 17 まんのう町	3 坂出市 6 さぬき市 9 土庄町 12 直島町 15 琴平町
年間従事回数	回／年		
1 回あたりの従事時間	時間／回		
1 回あたりの対象者数	人／回		

Q 4 - 1 5 歳児健康診査（または類似の乳幼児健診）への協力実績はありますか？

☐ ある ☐ ない

※「ある」と回答された場合はその内容や期間について御記入ください。

--

Q 4 - 2 Q 4 - 1 で「ある」と回答した場合、どのような役割を担いましたか？（複数選択可）

- ☐ 診察 ☐ 発達評価 ☐ 保護者支援 ☐ カンファレンス参加
☐ その他

※「その他」と回答された場合は具体的に記入ください。

--

Q 5 今後、5 歳児健診に協力する際に必要と考える体制や条件、希望するサポート等があれば御記入ください。（例：多職種連携の場の設定、事前カンファレンスの実施、研修機会の提供等）

--

Q 6 保育所・幼稚園・医療機関・療育機関・教育機関等との連携について、御意見や御要望があれば御記入ください。

Q 7 5歳児健康診査の実施や体制に関して、御意見・御質問等がありましたら御記入ください。

アンケートは以上です。御協力、誠にありがとうございました。