

個別乳幼児健診における発達障害早期診断の試み
ー小倉北・南区におけるパイロットスタディー
 (北九州市小児保健研究会平成19年度調査研究)

平成20年8月21日

小倉小児科医会発達障害調査研究委員会
 (戒寛、岸田邦雄、河野義恭、坂口祐助、佐藤克子、
 平野稔喜、平野英敏、原田博子、吉田ゆかり、渡辺恭子)

《調査研究承認後から現在までの経過》

平成19年9～10月:調査方法の検討、調査用紙の下案作成

平成19年10月～平成20年1月:

小倉北・南区でのパイロットスタディーに協力依頼
 臨床懇話会での説明会、各病院医長への依頼
 臨時総会開催で協力決定

平成20年2～3月:小倉小児科医会発達障害調査研究委員会設置
 調査依頼・説明、調査用紙の最終検討
 印刷・発送

平成20年4月～:調査開始

平成20年8月現在:7か月児健診での調査中、
 調査終了は平成21年12月予定

《現在までの調査対象集積結果》

4か月健診時アンケート集計	4月分	5月分	6月分	4～6月の合計
提出医療機関数	27	27	28	29
提出チェックリスト数	241	329	302	872
異常なし	223	304	275	802
発達障害を疑わせる気になる所見がある	11	23	23	57
	4.60%	7.00%	7.60%	6.50%
母親の言動・精神状態に問題がある	5	9	4	18
育児環境に問題がある	0	2	3	5
未記入	2	12	6	23

《今後の予定》

- * 各健診月齢のアンケート調査結果の全内容の分析目的にデータ入力
- * 1歳6か月健診終了時に最終分析して、今回のパイロットスタディーが早期発見に有用かどうかを判断する。

個別乳幼児健診における 発達障害早期診断の試み

北九州地区小児科医会乳幼児健診システム検討委員会
我寛 河野義恭 坂口祐助 大柴雅史
津田恵次郎 守田英子 吉田ゆかり(演者)

(平成19年11月8日 小倉臨床懇話会)

北九州市の乳幼児健診

母子保健法で、乳児・1歳6か月児および3歳児の健康診査を公費で実施すると規定されている。

北九州市では、1969(昭和44)年以来、

4か月、7か月、1歳6か月、3歳の公費乳幼児健診は

一貫して医療機関委託の個別方式である。

個別乳幼児健診の場合、個々の健診区による健診の質の向上・均一化が重要となる。

↓

【乳幼児健診登録医研修

健診マニュアル作成

“「遅れ」の発見に感度を高めてきた！”

乳 幼 児 健 診

2005(平成17)年4月:発達障害者支援法施行

「市町村が行う乳幼児健診で、
知的な遅れのない発達障害の早期発見に
努めること」と定められた。

さらに医師の役割として、
「発達障害が疑われる乳幼児を発見した場合、
適切な支援を行うために専門機関への紹介と、
日常診察におけるコミュニケーションへの配慮」
が求められた。

「(軽度)発達障害」とは

高機能自閉症、アスペルガー症候群を含む

自閉症スペクトラム(広汎性発達障害)を中心に、

学習障害、注意欠陥多動障害などの脳機能障害で、

通常症状が低年齢に発現するものとされている。

軽度発達障害

- 2002年度文部科学省調査:
普通学級の中で約6.3%に発達障害の疑い
- 発達につまずき、偏り
知的発達の遅れが比較的軽度
- 集団生活の中でさまざまな困難(幼児期の中頃～)
- 育てにくさ、虐待の対象
- 二次的不適応を起こさないように
周囲の理解、連携、援助が必要
- 得意とすることを生かしながら
地域で生活していける技術を育てる

軽度発達障害早期診断の重要性

- 早期介入で発達経過が異なる
診断評価は、子どもを理解し、支援するための出発点
親が子どもの特徴を知ってかかわることにより
よい親子関係を築ける
- 周囲が援助して友達関係をつくる
「好き」という気持ちがそれぞれの子どもを育て、
お互い気遣い、自分の思いをはっきり伝えられるようになる
- ひとりひとりの子どもの「こだわり」を大切に
子どものよさ、持てる力を発揮できるようにする

発達障害児(自閉症児)への支援

- 早期診断・早期介入
 - 発達上のアウトカムの改善を支援
- 追跡的支援のためのシステムづくり
 - 乳幼児健診で発達障害の疑い(知識の普及)
 - 経過観察健診
 - 専門機関での確定診断
 - 地域のリソースと連携(療育・教育)
- 家族支援

発達障害児(自閉症児)に対する 一般小児科医の役割

1. 早期発見・診断: 精度の高い乳幼児健診
(どのくらい早い時期に診断すべきなのか?)
2. 子育て支援
子どもの育てにくさ
育児不安・困難きたしやすい
3. 疾病予防・治療
4. 成育を見守る
各ライフステージに合った支援
家族支援(共に考え、よりそう)

軽度発達障害は診断しにくい!

従来乳幼児健診で
早期発見

脳性麻痺
精神遅滞(知的障害)
知的障害のある自閉症

知的障害のない自閉症
(高機能広汎性発達障害)
学習障害
注意欠陥多動性障害

→ 可能

軽度発達障害 → 不十分

↓

診断の遅れ

自閉症の早期診断

母子手帳のアンケート
診察所見

↓

少しでも疑いあり

↓

乳幼児期異常行動チェックリストを用いて
丁寧な行動評価

個別乳幼児健診における発達障害早期診断の試み

- 北九州市で行われている個別乳幼児健診の内容を再検し、精度を上げる必要
- 個別乳幼児健診における発達障害早期診断のパイロットスタディ
—平成18年度北九州市小児保健研究金調査研究—
「各健診月例に応じた発達障害に関する追加質問票を用意し、4か月、7か月健診において気になる点がある場合その質問票で評価、10か月、1歳の健診を加え経過観察を行う。
1歳6か月健診で疑わしい、やはり気になる児について精密医療機関に紹介する」

個別乳幼児健診における発達障害早期診断の試み(第2便)
—小倉北・南区におけるパイロットスタディー—
(北九州市小児保健研究会平成19年度調査研究)

平成20年6月1日

調査方法

1. 対象は、平成20年4月1日から6月30日までの3ヶ月間に、4か月健診で調査研究の対象となった乳児全員。
(母子手帳の4か月健診の日付で確認してください)
2. 7か月健診に受診した保護者に、「7か月児の行動評価質問票(保護者用)」を記載してもらおう。期間は平成20年6月1日から10月31日までの5ヶ月間と想定される。他院で4か月健診を受けた児も対象となる。
3. 健診医は、母子手帳の健診票の保護者が記載するアンケートや診察所見の気になる項目と、7か月児の行動評価質問票(保護者用)の記載内容を、「7か月児の行動評価チェックリスト(健診医用)」に記載し、1か月分ずつをまとめて翌月10日までに小倉医師会に提出する。
4. 上記の7か月健診を受診した児全員は、必ず1歳6か月健診で経過観察を行うが、4か月および7か月健診で、母子手帳の健診票の保護者が記載するアンケートや診察所見、保護者が記載した行動評価質問票において気になる点を認めた場合、必要に応じて10か月・1歳健診を勧めて経過観察を行う。
5. 10か月・1歳健診でも、やはり「各健診月齢の行動評価質問票(保護者用)」を保護者に記載してもらおう。その際、「10か月児・1歳児の健診票(保護者が記載するアンケート・診査結果)」はこの調査研究で準備したものを利用する。
6. 健診医は、健診票の保護者が記載するアンケートや診察所見の気になる項目と、10か月児・1歳児の行動評価質問票(保護者用)の記載内容を、「10か月児・1歳児の行動評価チェックリスト(健診医用)」に記載し、1か月分ずつをまとめて翌月10日までに小倉医師会に提出する。

個別乳幼児健診における発達障害早期診断の試み
—小倉北・南区におけるパイロットスタディー
(北九州市小児保健研究会平成 19 年度調査研究)

平成 20 年 3 月 20

会員各位

会員の皆様には、風邪の季節の折からお忙しい毎日とお察し申し上げます。

さて、平成 17 年 4 月 1 日発達障害者支援法が施行され、「市町村が行う乳幼児健診で、知的遅れのない発達障害の早期発見に努めること」が定められましたことは、すでに周知のことと存じます。北九州市で行われている個別乳幼児健診においても、発達障害の早期発見のために、健診内容の再検討が必要であると考えられております。

この度、北九州地区小児科医会から小倉地区の小児科健診医に「個別乳幼児健診における発達障害早期診断の試み」のパイロットスタディーについて依頼がありました。このパイロットスタディーは、北九州市小児保健研究会の平成 19 年度調査研究として、北九州地区小児科医会が提案をしたところ承認されたものです。発達障害の子どもを早期に発見し正確な診断をすることは、適切な介入支援の入り口になります。このパイロットスタディーで早期発見の糸口を探ることは大変有意義なことと考え、小倉小児科医会で行うことを昨年 12 月の臨時総会で決定しました。

健診医の先生方にはご多忙のことと存じますが、是非ご協力をよろしくお願い申し上げます。

小倉小児科医会会長 坂口 祐助・岸田 邦雄(次期)
北九州地区小児科医会会長 吉田 ゆかり

調査方法

1. 対象は、平成 20 年 4 月 1 日から 6 月 30 日までの 3 ヶ月間に、4 か月健診を受診した乳児全員。
2. 4 か月健診児の保護者に、「4 か月児の行動評価質問票(保護者用)」を記載してもらおう。
3. 健診医は、母子手帳の健診票の保護者が記載するアンケートや診察所見の気になる項目と、4 か月児の行動評価質問票(保護者用)の記載内容を、「4 か月児の行動評価チェックリスト(健診医用)」に記載し、1 か月分をまとめて翌月 10 日までに小倉医師会に提出する。
4. 上記の 4 か月健診を受診した児は、必ず 7 か月・1 歳 6 か月健診で経過観察を行う。
5. 次回平成 20 年 6 月末に 7 か月健診以降の資料を送付する。

《医師会提出用》

(診察日 08/ /)

4 か月児の行動評価チェックリスト(健診医用)

フリガナ

(名前 _____ 平成 年 月 日生 男・女 母子手帳番号 _____)

☆ 周産期の異常 なし・あり(□低出生体重児□新生児仮死□呼吸障害
□母親の喫煙□その他 _____)

☆ 母子手帳の健診票アンケートや診察所見における気になる項目

- あお向きから横向きに半分寝返りをしない
- あやしても声を出して笑わない
- 「ア」「ウ」などの声を出さない
- 見えない方から声をかけてもそちらを見ない
- お乳の飲みについて心配なことがある
- 夜泣き、睡眠について心配なことがある
- 診察などで視線が合わない

☆ 保護者が記載した行動評価問診票の内容

- | | |
|-------------------------------|--------|
| 1. 話しかけたら顔をじっと見ますか。 | はい・いいえ |
| 2. 顔を見て笑いかけてもすぐに目をそらしますか。 | いいえ・はい |
| 3. おとなしく、あまり泣かず手がかからないですか。 | いいえ・はい |
| 4. あまり笑わず、表情が少ないですか。 | いいえ・はい |
| 5. 抱かれることをいやがりますか。 | いいえ・はい |
| 6. 抱こうとしても抱かれる姿勢をとらず抱きにくいですか。 | いいえ・はい |
| 7. 小さな音に異常に敏感ですか。 | いいえ・はい |
| 8. 大きな音に驚いたりしますか。 | はい・いいえ |
| 9. 母乳やミルクを嫌がり、飲み方が少ないですか。 | いいえ・はい |
| 10. 睡眠が短く、あまり眠らないですか。 | いいえ・はい |
| 11. 睡眠が不規則で、睡眠時間が一定しませんか。 | いいえ・はい |
| 12. 寝つきが悪く、夜中によく起きますか。 | いいえ・はい |

(右側にチェックがつけば問題がある。)

☆ 健診医の診査結果

- 異常なし
- 発達障害を疑わせる気になる所見がある(その内容 _____)
- 母親の言動・精神状態に問題がある
- 育児環境に問題がある(その内容 _____)

(施設名 _____ 病院・医院・クリニック 健診医名 _____)

《医師会提出用》

(診察日 08/ /)

7 か月児の行動評価チェックリスト(健診医用)

フリガナ

(名前 _____ 平成 年 月 日生 男・女 母子手帳番号 _____)

☆ 母子手帳の健診票アンケートや診察所見における気になる項目

- 腹ばいで片手をあげておもちゃをとれない
- 寝返りをしない
- 家族に話しかけるような声を出さない
- 「ブー」「パー」「アブー」などのおしゃべりをしない
- イナイナイパーをしても喜ばない
- 人見知りをしない
- お乳の飲みについて心配なことがある
- 夜泣き、睡眠について心配なことがある
- 診察などで視線が合わない

☆ 母親(家族)が記載した行動評価問診票

- | | |
|--------------------------------|--------|
| 1. ハイハイをしますか。 | はい・いいえ |
| 2. うつぶせを嫌がりますか。 | いいえ・はい |
| 3. 話しかけたら顔をじっと見ますか。 | はい・いいえ |
| 4. 顔を見て笑いかけてもすぐに目をそらしますか。 | いいえ・はい |
| 5. 名前を呼んだり、声をかけたりすると振り向きませんか。 | はい・いいえ |
| 6. おとなしく、あまり泣かず手がかからないですか。 | いいえ・はい |
| 7. あまり笑わず、表情が少ないですか。 | いいえ・はい |
| 8. お母さんがいなくても寂しげで一人で遊んでいますか。 | いいえ・はい |
| 9. 抱かれることをいやがりますか。 | いいえ・はい |
| 10. 抱こうとしても抱かれる姿勢をとらず抱きにくいですか。 | いいえ・はい |
| 11. 小さな音に敏感ですか。 | いいえ・はい |
| 12. 大きな音に驚いたりしますか。 | はい・いいえ |
| 13. 母乳やミルクを嫌がり、飲み方が少ないですか。 | いいえ・はい |
| 14. 離乳食を嫌がりますか。 | いいえ・はい |
| 15. 睡眠が短く、あまり眠らないですか。 | いいえ・はい |
| 16. 睡眠が不規則で、睡眠時間が一定しませんか。 | いいえ・はい |
| 17. 寝つきが悪い、夜中によく起きるなどがありますか。 | いいえ・はい |

(右側にチェックがつけば問題がある。)

☆ 健診医の診査結果

- 異常なし
- 発達障害を疑わせる気になる所見がある
- 母親の精神状態に問題がある
- 育児環境に問題がある
- その他の期になる所見(_____)

(施設名 _____ 病院・医院・クリニック 健診医名 _____)

【医師会提出用】

(診察日 09/ /)

10 か月児の行動評価チェックリスト(健診医師)

フリガナ (名前 _____ 平成 年 月 日生 男・女 母子手帳番号 _____)

☆ 健診票アンケートや診察所見における気になる項目

- ハイハイをしない
□ つかまって立つことができない
□ 指で小さな物をつまめない
□ コップなどを両手で口に持っていない
□ いろいろな声を出しながらさかんにおしゃべりしない
□ バイバイ、パチパチなどの物まねをしない
□ オイデ、バイバイなど大人の言葉に反応しない
□ 「いけません」というと手をひっこめ親の顔をみない
□ 母親が離れたところにあるオモチャなどを指さしてもそちらの方向を見ない
□ お乳の飲みや離乳食について心配なことがある
□ 夜泣き、睡眠について心配なことがある
□ 診察などで視線が合わない

☆ 母親(家族)が記載した行動評価問診票

- 1. ハイハイは上手ですか。 はい・いいえ
2. いざって動きますか。 いいえ・はい
3. 話しかけたら顔をじっと見ますか。 はい・いいえ
4. 笑いかけると笑顔で反応しますか。 はい・いいえ
5. 顔を見て笑いかけてもすぐに目をそらしますか。 いいえ・はい
6. 名前を呼ぶと振り向きますか。 はい・いいえ
7. おとなしく、あまり泣かず手がかからないですか。 いいえ・はい
8. あまり笑わず、表情が少ないですか。 いいえ・はい
9. 親の後追いをしますか。 はい・いいえ
10. お母さんがいなくても寂しげに一人で遊んでいますか。 いいえ・はい
11. 抱かれることをいやがりますか。 いいえ・はい
12. 抱こうとしても抱かれる姿勢をとらず抱きにくいですか。 いいえ・はい
13. お母さんが「抱っこ」と手を出すと喜んで身をのりだしてきますか。 はい・いいえ
14. 膝の上で揺ると喜びますか。 はい・いいえ
15. 絵本などを見せると一緒に見ますか。 はい・いいえ
16. いつもと違うことがある時、お母さんの顔を見て反応を確かめますか。 はい・いいえ
17. 手でさして行きたい方や欲しいものを教えようとしますか。 はい・いいえ
18. 小さな音に異常に敏感ですか。 いいえ・はい
19. 大きな音に驚いたりしますか。 はい・いいえ
20. 痛みに鈍感で、あまり泣かないですか。 いいえ・はい
21. 離乳食を嫌がりますか。 いいえ・はい
22. 睡眠が短く、あまり眠らないですか。 いいえ・はい
23. 睡眠が不規則で、睡眠時間が一定しませんか。 いいえ・はい
24. 寝つきが悪い、夜中によく起きるなどがありますか。 いいえ・はい

(右側にチェックがつけば問題がある。)

☆ 健診医の診査結果

- 異常なし □発達障害を疑わせる所見がある □母親の精神状態に問題がある
□育児環境に問題がある □その他の気になる所見()
(施設名 _____ 病院・医院・クリニック 健診医名 _____)

【医師会提出用】

(診察日 09/ /)

1 歳児の行動評価チェックリスト(健診医師)

フリガナ (名前 _____ 平成 年 月 日生 男・女 母子手帳番号 _____)

☆ 健診票アンケートや診察所見における気になる項目

- ひとり立ちができない
□ つかまって立ち上がれない
□ つたい歩きができない
□ 指先で本のページや小さな物をつまめない
□ 「ママ」「パパ」など、意味のあることばを1・2 語言わない
□ オイデ、テョウダイ、ネンネなどの簡単な指示がわからない
□ スプーン、ブラシなど大人の使っているものをまねして使わない
□ 親の後追いをしない
□ 母親が離れたところにあるオモチャなどを指さしてもそちらの方向を見ない
□ 食事について心配なことがある
□ 夜泣き、睡眠について心配なことがある
□ 診察などで視線が合わない

☆ 母親(家族)が記載した行動評価問診票

- 1. ハイハイ(四つばい)は上手ですか。 はい・いいえ
2. いざって動きますか。 いいえ・はい
3. 話しかけたら顔をじっと見ますか。 はい・いいえ
4. 笑いかけると笑顔で反応しますか。 はい・いいえ
5. 顔を見て笑いかけてもすぐに目をそらしますか。 いいえ・はい
6. 名前を呼ぶと振り向きますか。 はい・いいえ
7. おとなしく、あまり泣かず手がかからないですか。 いいえ・はい
8. あまり笑わず、表情が少ないですか。 いいえ・はい
9. お母さんがいなくても寂しげに一人で遊んでいますか。 いいえ・はい
10. 抱かれることをいやがりますか。 いいえ・はい
11. 抱こうとしても抱かれる姿勢をとらず抱きにくいですか。 いいえ・はい
12. お母さんが「抱っこ」と手を出すと喜んで身をのりだしてきますか。 はい・いいえ
13. 膝の上で揺ると喜びますか。 はい・いいえ
14. 絵本などを見せると一緒に見ますか。 はい・いいえ
15. いつもと違うことがある時、お母さんの顔を見て反応を確かめますか。 はい・いいえ
16. 指でさして行きたい方や欲しいものを教えようとしますか。 はい・いいえ
17. 人見知りが多いですか。 いいえ・はい
18. 小さな音に異常に敏感ですか。 いいえ・はい
19. 大きな音に驚いたりしますか。 はい・いいえ
20. 離乳食を嫌がりますか。 いいえ・はい
21. 睡眠が短く、あまり眠らないですか。 いいえ・はい
22. 睡眠が不規則で、睡眠時間が一定しませんか。 いいえ・はい
23. 寝つきが悪い、夜中によく起きるなどがありますか。 いいえ・はい

(右側にチェックがつけば問題がある。)

☆ 健診医の診査結果

- 異常なし □発達障害を疑わせる所見がある □母親の精神状態に問題がある
□育児環境に問題がある □その他の気になる所見()
(施設名 _____ 病院・医院・クリニック 健診医名 _____)

1歳6か月児の行動評価チェックリスト(健診医用)

(名前 _____ 男・女 母子手帳番号 _____ 診察日 09/ /)

☆ 母子手帳の健診票アンケートや診察所見における気になる項目

- ひとりで上手に歩けない
- 自分でコップを持って水を飲めない
- 指先で本のページや小さな物をつまめない
- 「ママ」「パパ」「ワンワン」「プープー」などの意味のあることばを言わない
- 簡単な指示がわからない
- スプーン、ブラシなど大人の使っているものをまねして使わない
- 周囲の人や他の子どもたちに関心を示さない
- ひどく落ち着きがなく動きすぎる
- 食事について心配なことがある
- 夜泣き、睡眠について心配なことがある
- 診察などで視線が合わない

☆ 母親(家族)が記載した行動評価問診票

- | | |
|-------------------------------|--------|
| 1. つたい歩きは上手ですか。 | はい・いいえ |
| 2. いざって動きますか。 | いいえ・はい |
| 3. おとなしく、あまり泣かず手がかからないですか。 | いいえ・はい |
| 4. あまり笑わず、表情が少ないですか。 | いいえ・はい |
| 5. お母さんがいなくても寂しがらず一人で遊んでいますか。 | いいえ・はい |
| 6. 人見知りが激しいですか。 | いいえ・はい |
| 7. 痛みに鈍感で、あまり泣かないですか。 | いいえ・はい |
| 8. 離乳食・幼児食など固形物を嫌がりませんか。 | いいえ・はい |
| 9. ひどい偏食がありますか。 | はい・いいえ |
| 10. 睡眠が短く、あまり眠らないですか。 | いいえ・はい |
| 11. 睡眠が不規則で、睡眠時間が一定しませんか。 | いいえ・はい |
| 12. 寝つきが悪く、夜中によく起きますか。 | いいえ・はい |

(右側にチェックがつけば問題がある。)

☆ 「発達の様子チェックリスト(M-CHAT) 1歳6か月～2歳用」

発達障害の疑い あり ない

☆ 健診医の診査結果

- 異常なし 発達障害を疑わせる気になる所見がある
- 母親の精神状態に問題がある 育児環境に問題がある

☆ 事後措置

- 自院で経過観察 紹介(わいわい子育て相談・総合療育センター・その他)

(施設名 _____ 病院・医院・クリニック 健診医名 _____)

お子さんのふだんの様子についてお答え下さい。できるだけすべての質問に回答して下さい。該当する行動がまれにしか見られないようなら(たとえば1～2度しか見たことがない)、その行動は「しない」とみなしてお答え下さい。

1	ぶらぶら揺さぶられたり、ひざの上ではねるのは好きですか？	はい/いいえ
2	他の子どもに興味を示しますか？	はい/いいえ
3	階段や何かの上に登るのが好きですか？	はい/いいえ
4	いないないばあを喜んでやりますか？	はい/いいえ
5	電話の応対をまねしたり、人形の世話をするなど、ごっこ遊びをしていますか？	はい/いいえ
6	何か欲しい物を人さし指で指差して伝えますか？	はい/いいえ
7	何か興味があるものを人さし指で指差して伝えますか？	はい/いいえ
8	ミニカーやブロックなどのおもちゃを、口に入れたり、いじったり、落としたりするのではなく、適切な遊び方で遊びますか？	はい/いいえ
9	あなた(親)に何かを見せるために、物を持ってきますか？	はい/いいえ
10	視線が数秒以上合いますか(1、2秒より長く)？	はい/いいえ
11	音に過敏に反応しますか？(耳をふさごうとするなど)	はい/いいえ
12	あなたの顔を見たり、笑いかげられたりすると、微笑み返しますか？	はい/いいえ
13	真似をしますか？(顔で表情をつくると、それを真似ようとするなど)	はい/いいえ
14	名前を呼ばれると反応しますか？	はい/いいえ
15	離れたところにあるおもちゃを指差すと、そちらの方を見ますか？	はい/いいえ
16	歩けますか？	はい/いいえ
17	あなたが何を見たら、同じものに注意を向けて見ますか？	はい/いいえ
18	自分の顔の近くでへんなふう指を動かしますか？	はい/いいえ
19	自分がしていることにあなたの注意を惹こうとしますか？	はい/いいえ
20	聴力に問題があるのでは？疑ったことがありますか？	はい/いいえ
21	話し言葉を理解できますか？	はい/いいえ
22	ぼんやり何もなしところを見つめていたり、目的もなさそうに歩き回りますか？	はい/いいえ
23	何か見慣れない物事にでくわすと、あなたの顔をうかがって反応を確かめようとしてみますか？	はい/いいえ
	以前このお子さんについてこのチェックリストを記入したことがありますか？	はい/いいえ