

質問を読んで、あてはまる選択肢の番号を○で囲み、また、「その他」の場合は()内に具体的な内容を記入してください。

問1 お住まいは何町ですか。

- | | | | | | | |
|---------|---------|---------|----------|---------|---------|-------|
| 1. 本町 | 2. 久米川町 | 3. 秋津町 | 4. 青葉町 | 5. 恩多町 | 6. 萩山町 | 7. 栄町 |
| 8. 富士見町 | 9. 美住町 | 10. 廻田町 | 11. 多摩湖町 | 12. 諏訪町 | 13. 野口町 | |

問2 このアンケートにご回答いただく方はどなたですか。

お子さんからみた関係でお答えください。また、年代についてもお答えください。

- | | | | |
|-------------|---------|------------|----------|
| 記入者：1. 父 | 2. 母 | 3. その他 () | |
| 年代：1. 20歳未満 | 2. 20歳代 | 3. 30歳代 | 4. 40歳以上 |

問3 お子さんの出生順位は何番目ですか。また、性別についてもお答えください。

- | | | | | |
|-------------|--------|--------|--------|-------------|
| 出生順位：1. 第1子 | 2. 第2子 | 3. 第3子 | 4. 第4子 | 5. その他(第)子 |
| 性別：1. 男 | 2. 女 | | | |

問4 お子さんと同居している方はどなたですか。(複数選択可)

- | | | | | | |
|-------|-------|------------|------|------|------|
| 1. 父 | 2. 母 | 3. 兄 | 4. 姉 | 5. 弟 | 6. 妹 |
| 7. 祖父 | 8. 祖母 | 9. その他 () | | | |

<お子さんの生活習慣についておうかがいします>

問5 お子さんの起床時間は何時(※午前)ですか。

- | | | | | |
|--------|----------|----------|---------|------------|
| 1. 7時前 | 2. 7時～8時 | 3. 8時～9時 | 4. それ以降 | 5. 決まっていない |
|--------|----------|----------|---------|------------|

問6 お子さんは朝ごはんを食べていますか。また、それはどなたとですか。

- | | | | | | |
|-------------|--------------|--------------|-------|--------|--------|
| 頻度：1. 毎日食べる | 2. 週に3～6回食べる | 3. 週に1～2回食べる | | | |
| 4. 学校で食べる | 5. 食べない | | | | |
| 相手(複数選択可)： | | | | | |
| 1. ひとり | 2. 父 | 3. 母 | 4. 兄弟 | 5. 祖父母 | 6. その他 |

問7 お子さんの寝る時刻を決めていますか。

- | | |
|------------------|-------------------------|
| 1. きちんと決めている | 2. 決まっていないが、大体同じ時間に寝ている |
| 3. 決めているが日によって違う | 4. 決めていない |

問8 お子さんの就寝時間(※午後)は何時ですか。

- | | | | | |
|--------|-----------|------------|----------|------------|
| 1. 9時前 | 2. 9時～10時 | 3. 10時～11時 | 4. 11時以降 | 5. 決まっていない |
|--------|-----------|------------|----------|------------|

<病気やけがなどへの対応についておうかがいします>

問9 子どもの病気・けがの時、どのようなことが心配ですか。(複数選択可)

- | | |
|----------------------|----------------------------------|
| 1. 近くに病院がない | 2. 夜間や休日に病気になった時にどこに行ったらいいかわからない |
| 3. 受診すべきか否かの判断がつきにくい | 4. 対応(手当)の仕方がわからない |

問17 お子さんが4～5歳(年中・年長)の時期に、発達に気になることはありましたか。

- | | |
|--------|---------|
| 1. あった | 2. なかった |
|--------|---------|

問17-1 問17で「1. あった」とお答えの方にかがいます。

発達のことについてどこかに相談しましたか。(複数選択可)

- | | | | |
|------------|-------------|------------|---------|
| 1. 市の保健師 | 2. 市の専門相談機関 | 3. 保育園・幼稚園 | 4. 医療機関 |
| 5. 民間の相談機関 | 6. 相談していない | | |
| 7. その他 (| |) | |

問18 お子さんは放課後や休日、どこで過ごすことが多いですか。(複数選択可)

- | | | | | |
|-------------|---------------|-----------------|-------------|----------|
| 1. 自分の家 | 2. 祖父・祖母の家 | 3. 親類(おじ・おば等)の家 | 4. 友達の家 | 5. 近所の公園 |
| 6. 広場や空き地 | 7. 学校(校庭や体育館) | 8. 部活動 | 9. 児童館 | 10. 図書館 |
| 11. 学習塾や習い事 | 12. スポーツをする所 | 13. コンビニエンスストア | 14. ゲームセンター | |
| 15. カラオケ店 | 16. 飲食店 | 17. 市外 | 18. その他 (|) |

問19 親子で参加できるイベントで、どのようなものに参加したいですか。(複数選択可)

- | | | |
|----------|-----------------------|--------------|
| 1. 料理教室 | 2. 健康づくり(体操・ウォーキングなど) | 3. 健康に関する講演会 |
| 4. その他 (| |) |

<保健サービス等に対するご意見やご希望について>

問20 東村山市の保健サービスなどに対するご意見やご要望などがございましたら、お聞かせください。(自由記入)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

アンケートは以上になります。ご協力ありがとうございました。

