

乳幼児健診 問診票 (3~4 ヶ月)

お名前： _____ 男 ・ 女 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

出生時体重： _____ g 分娩～出生時の異常： なし ・ あり (_____)

- ① 昼間の主な保育者はどなたですか？ (_____)
- ② 定期的に通院している病気はありますか？ (_____)
- ③ ひきつけを起こしたことはありますか？ (いいえ ・ はい → いつごろ？ _____)
- ④ アレルギーはありますか？ (いいえ ・ はい → どんな？ _____)
- ⑤ 授乳量はどうですか？ (母乳 ・ ミルク ・ 混合 : 1日 _____ 回程度)
- ⑥ 定期予防接種は受けていますか？ (はい ・ いいえ → 理由は？ _____)

☆いちどでも行ったことのある場合は「はい」を選んでください。

- ・ 音のする方に顔を向けますか？ (はい ・ いいえ)
- ・ 人の顔をじっと見たり、動くものを目で追いますか？ (はい ・ いいえ)
- ・ あやすと声を出して笑いますか？ (はい ・ いいえ)
- ・ 首はすわっていますか？ (はい ・ いいえ)
- ・ 泣いたときや哺乳時に、顔や唇が紫になることはありますか？ (はい ・ いいえ)
- ・ 半分寝返りをするような横向きの姿勢をしますか？ (はい ・ いいえ)
- ・ 両手を合わせて遊びますか？ (はい ・ いいえ)
- ・ おもちゃを持たせると、しばらく持ち続けますか？ (はい ・ いいえ)
- ・ 手や指を口に運び、なめたりしますか？ (はい ・ いいえ)
- ・ 足をよく動かしますか？ (はい ・ いいえ)
- ・ 泣くと反り返ったりすることがよくありますか？ (はい ・ いいえ)

☆気になることはありますか？

(_____)

