

乳幼児健診 問診票 (6~7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 離乳食は開始していますか？ (いいえ ・ はい → いつから？)
- ⑥ 授乳量はどうですか？ (母乳 ・ ミルク ・ 混合 : 1日 _____ 回程度)
- ⑦ 首はいつごろすわりましたか？ (_____ ヶ月ころ ・ まだすわってない)

☆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。

- ・手を伸ばしてほしいものをつかみますか？ (はい ・ いいえ)
- ・大きなおもちゃを両手でつかみますか？ (はい ・ いいえ)
- ・おもちゃを反対の手に持ちかえますか？ (はい ・ いいえ)
- ・あやすと声を出して笑いますか？ (はい ・ いいえ)
- ・ほんの少しの間だけでもお座りができますか？ (はい ・ いいえ)
- ・腹ばいにすると、体を持ち上げようとしますか？ (はい ・ いいえ)
- ・寝返りをしますか？ (はい ・ いいえ)
- ・ビスケットやおせんべいなどを自分でもって食べますか？ (はい ・ いいえ)
- ・新聞やティッシュなど、そばにあるものを引っ張りますか？ (はい ・ いいえ)
- ・家族が呼ぶと、体をのりだすような動きをしますか？ (はい ・ いいえ)
- ・自分の足をもって遊びますか？ (はい ・ いいえ)

☆気になることはありますか？

(_____)

