

乳幼児健診 問診票 (9~10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 離乳食はすすんでいますか？ ( いいえ ・ はい → 1日 \_\_\_\_\_ 回 )
- ⑥ 授乳量はどうですか？ ( 母乳 ・ ミルク ・ 混合 : 1日 \_\_\_\_\_ 回程度 )
- ⑦ 定期予防接種は受けていますか？ ( はい ・ いいえ → 理由： \_\_\_\_\_ )

☆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。

- ・ひとりで座ることができますか？ ( はい ・ いいえ )
- ・ハイハイをしますか？ ( はい ・ いいえ )
- ・自分でつかまって立ち上がりますか？ ( はい ・ いいえ )
- ・指で小さいものをつかみますか？ ( はい ・ いいえ )
- ・呼びかけると振り向きますか？ ( はい ・ いいえ )
- ・光をまぶしがすることはありますか？ ( はい ・ いいえ )
- ・目つきが気になることはありますか？ ( はい ・ いいえ )
- ・寝返りをしますか？ ( はい ・ いいえ )
- ・ほかの人の動作をまねしようとしますか？ ( はい ・ いいえ )
- ・「パパ、ママ」などの簡単な言葉をまねしますか？ ( はい ・ いいえ )
- ・「ダメ」などの言葉に対し、手を止めたり親の顔を見ますか？ ( はい ・ いいえ )

☆気になることはありますか？

( \_\_\_\_\_ )

