

10か月健診 問診票

※赤ボールペンでご記入ください。

次のことについておたずねします。質問のいずれかに○をつけて下さい

氏名 ()

○ お子さんの様子についておたずねいたします

1. ハイハイで移動することができますか はい・いいえ
2. つかまって立っていることができますか はい・いいえ
3. 指で小さいものをつかみますか はい・いいえ
4. 手は左右同じように使いますか はい・いいえ
5. お母さんやお父さんの後追いをしますか はい・いいえ
6. 視線はよく合いますか(お母さんやお父さんの目をみつめますか) はい・いいえ
7. 人のものまねをしますか(手や机をたたくなど) はい・いいえ
8. 「ダメ」という手を引っ込めて親の顔を見ますか はい・いいえ
9. そっと近づいて呼びかけると振りむきますか はい・いいえ
10. けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか いいえ・はい

11. 今までに何か事故を起こしたことがありますか いいえ・起こしそうになった・はい
1. けが 2. やけど 3. 転落(風呂を含めて)
誤飲(4. タバコ 5. 薬 6. ボタン電池 7. その他()
8. その他()

12. 食物アレルギーと言われたことがありますか いいえ・はい
13. 食事、離乳食は順調に進んでいますか
はい・いいえ()
食事の回数は1日何回ですか ()回
母乳 1日()回 ミルク 1日()回

14. 歯について生え方、形、色など気になることがありますか いいえ・はい
15. 睡眠について気になることがありますか
いいえ・はい()

16. お子さんは一日に平均何時間、テレビやビデオ、スマホなどを見ますか
みない・みる 約()時間

○ お母さんの最近のご様子についておたずねいたします

17. 育児につかれたり、心配なことはありますか
いいえ・はい()

18. 食欲があり、よく眠れていますか はい・いいえ
19. 育児を手伝ってくれたり育児についての相談相手はいますか いる・いない

20. 子どもの発育や病気のことで気になることはありますか
いいえ・はい()

21. その他、心配なことや相談したいことがありますか

()