

6、7か月健診 問診票

お母さん方へ

次のことについておたずねします。「はい」「いいえ」または「ない」「ある」のいずれかに○をつけて下さい。

※赤ボールペンで記入してください。 氏名 ()

- | | |
|--|--------|
| 1. 腹ばいで片手をあげて、おもちゃがとれますか。 | はい・いいえ |
| 2. 寝返りをしますか。 | はい・いいえ |
| 3. 支えなしで、しばらく座っていますか。 | はい・いいえ |
| 4. 立たせると足をついて少し体重を支えますか。 | はい・いいえ |
| 5. おもちゃをもちかえますか。 | はい・いいえ |
| 6. イナイイナイバーをすると喜ぶますか。 | はい・いいえ |
| 7. 目つきや、目の動きがおかしいと思ったことがありますか。 | ない・ある |
| 8. 耳が聞こえないと心配したことがありますか。 | ない・ある |
| 9. おもちゃなどを落とした時、それを見つめますか。 | はい・いいえ |
| 10. 「ダーダー」「ブーブー」などのおしゃべりをしますか。 | はい・いいえ |
| 11. 知っている人と知らない人の区別をしますか。 | はい・いいえ |
| 12. からだがやわらかく、しっかりしないとか、手足がつっぱってかたいと感じたことがありますか。 | ない・ある |
| 13. お風呂に入れたとき、お乳を飲むとき、泣いたときにくちびるが紫色になることがありますか。 | ない・ある |
| 14. 食欲が非常に少ないと感じたことがありますか。 | ない・ある |
| 15. けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。 | ない・ある |
| 16. かぜにかかったら、すぐゼコゼコいいますか。 | いいえ・はい |
| 17. 生まれつきの病気はありませんか。 | ない・ある |
| 18. 歯ははえてきましたか。 | はい・いいえ |
| 19. 現在の栄養法 : 母乳・混合・人工(ミルク名)・牛乳
離乳食1日に()回 : 果汁・スープ・おもゆ・おかゆ・つぶし野菜
卵・とうふ・バター・レバー・魚・海藻・肉・チーズ・() | |
| 20. その他なにか心配なこと、相談したいことがあれば書いて下さい。 | |

診査医師記入

1.問題なし

2.疑い

3.問題あり