

12か月健診 問診票

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

※赤ボールペンでご記入ください

氏名 ()

○ お子さんの様子についておたずねいたします

1. ひとりで数秒間立てますか はい・いいえ
2. 小さなものを指先でつまみますか はい・いいえ
3. スプーン、フォーク、くれよんなどを使おうとしますか はい・いいえ
4. 音楽にあわせて楽しそうに、からだを動かしますか はい・いいえ
5. 「おいで、ちょうだい、ねんね」など簡単なことばを理解しますか はい・いいえ
6. ほめられると同じ動作を何度も繰り返してしようとしていますか はい・いいえ
7. 見え方や聞こえで気になることがありますか いいえ・はい
8. 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
9. 食物アレルギーといわれたことがありますか いいえ・はい
10. 歯について、生え方、形、色などが気になる事がありますか 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. 普段、朝起きる時刻と夜寝る時刻は何時頃ですか 起きる時刻()時、寝る時刻()時

13. 1日3回の食事のリズムがつきましたか 1日()回、おやつ()回

14. 母乳、ミルクは飲んでいますか 母乳 1日()回 ミルク 1日()回

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

16. 育児につかれたり、心配なことはありますか いいえ・はい()

食欲があり、よく眠れていますか はい・いいえ
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

17. 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()

18. その他、心配なことや相談したいことがありますか
()