

乳児健康診断問診票（生後9～12ヶ月）

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 男児／女児
 健康診断日（本日）は 生後 _____ ヶ月 _____ 日

- 1 お母さんは妊娠中に感染症にかかったり、高血圧になったりしましたか？
 はい _____ いいえ _____
- 2 お子さんの在胎週数と出生時体重は？ _____ 週 _____ 日 _____ g
- 3 お子さんは出生時や新生児期に異常はありましたか？
 はい _____ いいえ _____
- 4 お母さんは赤ちゃんとの生活に慣れましたか？
 はい _____ いいえ _____
- 5 お子さんの発達について

- 積み木などのおもちゃを指でつかみますか？
 はい _____ いいえ _____
- おててパチパチなどの物まねをしますか？
 はい _____ いいえ _____
- バイバイ、イヤイヤなどの動作をしますか？
 はい _____ いいえ _____
- 親が出かける時などに後追いをしますか？
 はい _____ いいえ _____
- 鏡を見て遊びますか？
 はい _____ いいえ _____
- 引き出しを開けていろいろな物を引き出しますか？
 はい _____ いいえ _____
- 小さな物を親指と人差し指でつまめますか？
 はい _____ いいえ _____
- 絵本をめくりますか？
 はい _____ いいえ _____
- マンマなどの言葉を発しますか？
 はい _____ いいえ _____
- おいで、ちょうだいなどの大人の動作を理解していますか？
 はい _____ いいえ _____
- 赤ちゃんの名前を呼ぶと振り向きますか？
 はい _____ いいえ _____
- お座りができますか？
 はい _____ いいえ _____
- ハイハイをして前に進みますか？
 はい _____ いいえ _____
- テーブルなどにつかまらせると立っていられますか？
 はい _____ いいえ _____
- テーブルなどでつたい歩きをしますか？
 はい _____ いいえ _____
- ひとり立ちをしますか？
 はい _____ いいえ _____
- 大人が両手を引くと前に歩きますか？
 はい _____ いいえ _____
- ひとりで歩けますか？
 はい _____ いいえ _____

現在生えている歯は何本ですか？ _____ 上 _____ 本、 _____ 下 _____ 本

- 6 栄養
- | | | | | | | |
|--|-----|-------|----|----|---|------|
| | 母乳 | | 回 | ／ | 日 | 卒乳 |
| | 人工乳 | m l × | 回 | ／ | 日 | |
| | 離乳食 | | 回 | ／ | 日 | 完了 |
| | おやつ | 時々 | 1日 | 1回 | | 1日2回 |

- 7 現在心配なことや相談したいことがあれば記入して下さい。
 （ミルクや離乳食については栄養士さんに相談できます）