

# 乳幼児健診問診票

お名前	男・女 (第 子)
年 月 日生 / 歳 ヶ月 日	

☆(太枠は当院での健診が初めての方のみ、母子手帳を参照し記入して下さい)

1. 妊娠中の異常	・なし	・あり( )	
2. 分娩の状況	・頭位	・骨盤位(逆子)	・帝王切開(理由 )
3. 出生時、新生児期の異常	・なし	・あり( )	
4. 出生時の体重( )	グラム		
5. 在胎週数( 週 日 )			
6. 股関節脱臼が近親者に	・いる( 誰: )	・いない	

(全員が記入してください) 集団生活 なし・あり (園名 )

<p>1. これまでかかった病気、健診で異常と言われたことがあれば記入して下さい。</p> <p>2. 現在治療中の病気があれば記入して下さい。</p> <p>3. 現在の栄養について (該当する項目のみ記入して下さい。)</p> <p>・母乳( )回          ・ミルク( )ml × ( )回          ・離乳食 ( )回          ・おやつ ( )回</p> <p>4. 現在のご家族構成を記入して下さい。 (例: 父、母、姉、本人(受診のお子さん) )</p> <p>5. 身近に育児の相談相手は</p> <p>いる( 誰: ) いない</p>	<p>6. その他、質問したいこと、心配していること</p> <p>特にない</p> <p>ある (</p>
--	--

## ※医師記入欄

体重	g	身長	cm	胸囲	cm	頭囲	cm
診察所見							

# 問診票(3~6ヶ月健診)

お名前 \_\_\_\_\_

当てはまるものに○をつけ、カッコ内に記入して下さい。

月齢より進んだ質問もありますので、できないものがあったても気にせず、ありのままに記入して下さい。

031	首はすわっていますか	はい	いいえ
041	オモチャを振ったりながめたりして遊びますか	はい	いいえ
042	あお向きから横向きに半分寝返りをしますか	はい	いいえ
043	あやすと声をたてて笑いますか	はい	いいえ
044	物を見てはっきりと目で追いますか	はい	いいえ
045	見えない方から声をかけると振り向きますか	はい	いいえ
046	目つきや目の動きがおかしいと思ったことはありますか		
	瞳が白く見えたり、光って見えますか	いいえ	はい
051	腰を支えると座れますか	はい	いいえ
052	近くの物に手をのばしてつかみますか	はい	いいえ
053	色々な物を両手で口へ持っていきますか	はい	いいえ
054	寝返りをしますか	はい	いいえ
055	部屋に誰もいないと泣きますか	はい	いいえ
061	両手をついて背を丸くしてほんのわずか座れますか	はい	いいえ
062	いらっしゃいをすると喜んで身体をのりだしますか	はい	いいえ
063	名前を呼ぶと振り向きますか	はい	いいえ
071	ひとりで座っておもちゃを持って遊びますか	はい	いいえ
072	立たせると足をついて、少し体重をささえますか	はい	いいえ
073	食卓をかきまわしたり、スプーンを自分の口に持っていきこうとしますか	はい	いいえ
074	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	はい	いいえ
075	家族と一緒にいるとき、話しかける様な声を出しますか	はい	いいえ
000	家族はネット(スマホ、ゲーム)やテレビをどのくらい利用していますか	(1日平均	時間くらい)

