

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(12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としても気にせず、ありのままに記入して下さい。

093	イヤイヤ、バイバイなどの動作をしますか	はい	いいえ
111	つたい歩きができますか	はい	いいえ
111	いすを押して歩きますか	はい	いいえ
112	両手をひくと歩きますか	はい	いいえ
113	スプーン、ボールペンなど大人の使う物を真似して使おうとしますか	はい	いいえ
114	箱やキャップのふたを開けたり閉めたりして遊びますか	はい	いいえ
115	ちょうだいをすると渡してくれることがありますか	はい	いいえ
116	家族が部屋から出ると後を追いますか	はい	いいえ
118	哺乳瓶やマグカップを自分で持って飲みますか	はい	いいえ

121	ひとり立ちをしますか	はい	いいえ
122	いるところから手をついて立ち上がれますか	はい	いいえ
123	鏡を見て遊びますか	はい	いいえ
124	鉛筆やボールペンなどでめちゃめちゃ書きをしますか	はい	いいえ
125	マンマ、パパ、ダダなどの声を出しますか	はい	いいえ
126	名前を呼ぶと振り向きますか	はい	いいえ
127	音楽にあわせて踊りますか	はい	いいえ
128	簡単な言葉(おいで、ちょうだい、ねんね)がわかりますか	はい	いいえ
129	真似てバイバイしますか	はい	いいえ
046	瞳が白く見えるか、光っていますか	いいえ	はい

151	数歩歩きますか	はい	いいえ
152	階段をはって歩きますか	はい	いいえ
153	ブロックを1つ積みますか	はい	いいえ
154	小さい物をコップに出したり入れたりして遊びますか	はい	いいえ
155	小さい子供を見るとさわりに行きますか	はい	いいえ
156	意味のある言葉を言いますか	はい	いいえ
157	ぬいぐるみや人形に食べさせて遊びますか	はい	いいえ
089	けいれんをおこしたことはありますか	いいえ	はい

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)
-----	---

