

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(7~8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。

052	近くの物に手をのばしてつかみますか	はい	いいえ
054	寝返りをしますか	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
064	新聞などを読んでいるとひっぱって破きますか	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
081	つかまらせると立っていますか	はい	いいえ
082	お座りをして身体をねじって後ろの物を取ろうとしますか	はい	いいえ
083	あおむけにすると寝返りをしますか	はい	いいえ
084	腹ばいで回ったり、後ろ向きに動きますか	はい	いいえ
085	小さい物を指を伸ばして拾おうとしますか	はい	いいえ
086	他の人が食べる物を欲しがりますか	はい	いいえ
087	物を何度も落として喜びますか	はい	いいえ
088	身体を乗り出してお母さんに抱いてもらいたがりますか	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
091	つかまって自分で立ちますか	はい	いいえ
092	引き出しを開けて中の物を引っ張り出しますか	はい	いいえ
093	イヤイヤ、バイバイなどを真似しますか	はい	いいえ
094	人見知りをしましたか	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)

