

《12ヶ月用》

年 月 日

乳児健診問診票

お子様氏名

生年月日 年 月 日 生 男・女  
生 後 歳 ヶ月

本日の計測値は次の通りです。

体重 g・身長 cm・頭囲 cm・胸囲 cm

Kaup指数  $\text{kg/m}^2$ 

次の質問にお答え下さい。

①栄養は（母乳・混合・人工乳）です。

ミルク銘柄（ ） 1回量（ cc） 1日（ 回）  
牛乳1回量（ cc） 1日（ 回）

離乳食（ ）期食

：主食（おかゆ・パンがゆ・ごはん・おじや）

：副食（卵黄・全卵・いも類・とうふ・白身魚・鶏肉・牛肉・その他）

：おやつ1日（ 回）（カステラ・ウエハース・ビスケット類・果物・その他）

②便について

1日（ 回）、又は（ 日）に一回

③最近の赤ちゃんのことについてお聞きします。

- 1) ひとり立ちしますか。 (はい・いいえ)
- 2) 両手を引くと歩きますか。 (はい・いいえ)
- 3) 座っているところから手を着いて立ち上がれますか。 (はい・いいえ)
- 4) 絵本をめくりますか。 (はい・いいえ)
- 5) くし、ブラシなどを使っているのを見て声を出してほしがり、  
与えると真似して使いますか。 (はい・いいえ)
- 6) 鏡を見て遊びますか。 (はい・いいえ)
- 7) 鉛筆でメチャメチャ書きをしますか。 (はい・いいえ)
- 8) マンマ。パパ、ダダなどの声を出しますか。 (はい・いいえ)
- 9) 名前を呼ぶと振り向きますか。 (はい・いいえ)

④ テレビ・ビデオなどは1日何時間見ますか。（ ）時間

⑤ ファミコン・スマホ・コンピューター等では1日何時間遊んでいますか。（ ）時間

⑥ タバコを吸う方はおられますか〔なし・あり→どなた？ \_\_\_\_\_〕

その他特に気になる事はありますか。医師に質問したい事があれば記入して下さい。