

《4歳用》

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 kg/m^2

①最近のお子さんのことについて次の質問にお答え下さい。

- 1) 一段づつ足を交互に出して階段が降りられますか。 (はい・いいえ)
- 2) 片足でケンケンできますか。 (はい・いいえ)
- 3) 上手投げでボールが投げられますか。 (はい・いいえ)
- 4) 上着の下の方のボタンがはめられますか。 (はい・いいえ)
- 5) 顔を洗ったり拭いたりできますか。 (はい・いいえ)
- 6) 簡単なお使いができますか。 (はい・いいえ)
- 7) 四角が描けますか。 (はい・いいえ)
- 8) 外であったことを話しますか。 (はい・いいえ)
- 9) 自分でウンチしますか。 (はい・いいえ)
- 10) 共同遊び（ゴッコあそび）をしますか。 (はい・いいえ)
- 11) 大体の言葉を話しますか。 (はい・いいえ)
- 12) 顔らしきものを画きますか。 (はい・いいえ)

② テレビ・ビデオなどは1日何時間見ますか。 () 時間

③ 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

④ 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。