

《10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 月 日

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

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（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) つかまり立ちしますか。 (はい・いいえ)

自分でつかまって立ち上がれますか。 (はい・いいえ)

2) ハイハイしますか。(ずり這い・四つ這い) (はい・いいえ)

3) テーブルをまわって欲しいものを取りに行きますか (はい・いいえ)

4) 「マンマ」といって食事の催促をしますか。 (はい・いいえ)

5) 「イヤイヤ」「ニギニギ」「バイバイ」などの大人の言葉を
理解して動作をしますか。 (はい・いいえ)

6) 「いけません」というと手を引っ込めて親の顔を見ますか。 (はい・いいえ)

7) 指先で物をつかめますか。 (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がありますか。医師に質問したい事があれば記入して下さい。