

《2歳6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 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) 両足をそろえて跳べますか。 (はい・いいえ)
- 2) つま先歩きができますか。 (はい・いいえ)
- 3) 手すりにつかまらず一段ずつ両下肢を揃えて階段をあがりますか。 (はい・いいえ)
- 4) はさみを使って紙を切りますか。 (はい・いいえ)
- 5) 衣服の着脱をひとりでしたがりですか。 (はい・いいえ)
- 6) おしっこを教えますか。 (はい・いいえ)
- 7) 名前を聞くと姓と名をいいますか。 (はい・いいえ)
- 8) 赤、青など、色が一つわかりますか。 (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。