

# 10カ月児健康診査質問票

保護者の連絡先

お子さんの名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (父・母・その他: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_)

生活の様子	主な保育者は誰ですか 昼：父母・祖父母・その他 ( ) 夜：父母・祖父母・その他 ( )
	現在保育園・幼稚園に通っていますか はい・いいえ (園名 _____)
	生活のリズムは整っていますか はい・いいえ
	お子さんの1日の生活についてお書きください (起床・就寝時間、哺乳時間など)

食事・排泄	食欲 有・無	コップを使っていますか	はい・いいえ
	離乳食 _____ 回	自分でつかんで食べようとしますか	はい・いいえ
	母乳 _____ 回	じんましんや湿疹の出る食べ物がありますか	はい・いいえ
	ミルク _____ cc _____ 回		
	牛乳 _____ cc _____ 回	間食 _____ 回 (内容・量 _____)	
	便の状態はどうか _____ 日に _____ 回	かため・ふつう・やわらかめ・下痢ぎみ	

今までかかった病気 ( 無 ・ 有 )	ひきつけ ( 無 ・ 有 _____ 回)
病名 _____ いつ頃 _____	

目やにや涙が多いですか	いいえ ・ はい
瞳が白くみえますか	いいえ ・ はい
目つきや目の動きがおかしいですか	いいえ ・ はい
はいはいをしますか	はい ・ いいえ
○どんな這い方をしていますか	<u>ずりばい</u> ・ 4つばい ・ 高ばい ・ その他
○いつ頃からですか	( _____ か月頃)
引き出しや箱の中のものを取り出しますか	はい ・ いいえ
指先で小さなもの (大豆くらいの大きさ) をつかみますか	はい ・ いいえ
人見知りをしますか	<u>今している</u> ・ 以前した ・ まったくしない
「ほらブーブーよ」などといって指でさして教えるとそちらの方を見ますか	はい ・ いいえ
きょうだいや小さい子を見ると喜びますか	はい ・ いいえ
「音が聞こえていないのではないか」と感じることはありますか	いいえ ・ はい
そっと近づいてささやき声で呼びかけると振り向きませんか	はい ・ いいえ
隣の部屋の音に反応したり、遠くから名前を呼んだりすると這ってきますか	はい ・ いいえ
「オイデ」「バイバイ」などを身振りなしで、言葉に反応して反応しますか	はい ・ いいえ
音楽や歌を歌うと手足を動かして喜びますか	はい ・ いいえ
最近どんな声を出していますか (マンマンマン・ナンナンナン・ブーブーなど)	( _____ )
心配なことや気になることがありますか	いいえ ・ はい
( _____ )	( _____ )
お子さんのことで嬉しかったことや感動したことをご記入ください	( _____ )
( _____ )	( _____ )