

年 月 日

十ヶ月健診問診票

しみずこどもクリニック



お子様氏名 _____

- 生年月日： _____ 年 月 日 (男 / 女)
- 予定日： _____ 年 月 日
- 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
 体重増： _____ g/日 Kaup 指数： _____

● 次の質問にお答えください。

① 栄養は (母乳・混合・人工) です

 ミルク銘柄 () 1回量 (cc) 1日 (回)

 牛乳 1回量 (cc) 1日 (回)

 離乳食は () 期食

 主食 (おもゆ・おかゆ・パンがゆ・ごはん・おじゃ)

 副食 (野菜スープ・みそ汁上ずみ・卵黄・全卵・いも類・とうふ

 ・レバー・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1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 タバコを吸う方はおられますか。[いいえ・はい _____]

● その他、医師に質問したい事があれば記入して下さい