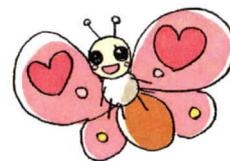


小児健診問診票



来院日 年 月 日 ID: _____

ふりがな
氏名 _____ 男・女

生年月日 西暦 年 月 日 (生後 月)

*** 太枠内をご記入ください**

	体重	身長	胸囲	◎ 頭囲
出生時	g	cm	cm	cm
前回健診 (月)	g	cm	cm	cm
今回 (月)	g	cm	cm	cm

*** 該当するものに○をつけてご記入ください**

- ① 意味のない単語を話しますか？（ばーばー・だーだーなど） はい ・ いいえ
- ② 呼びかけると振り向きませんか？音に反応しますか？ はい ・ いいえ
- ③ ほめると喜びますか？ はい ・ いいえ
- ④ 小さな物をつまめますか？ はい ・ いいえ
- ⑤ 機嫌よく遊ぶことができますか？ はい ・ いいえ
- ⑥ 目の動き・視線などで気になることはありますか？ ない ・ ある
- ⑦ できることに○をして下さい
 (ずりばい・はいはい・つかまり立ち・つたい歩き・ひとり立ち・ひとり歩き)
- ⑧ 離乳食は順調に進んでいますか？ はい ・ いいえ
 1日 食事()回 ・ おやつ()回
- ⑨ 母乳を飲んでいますか？ はい ・ いいえ
- ⑩ 人工乳を飲んでいますか？ はい ・ いいえ
 1日()回 ・ 1回()ml ・ (ミルク・フォローアップ・牛乳)
- ⑪ 便はどのくらい出ますか？
 1日()回 ・ 色() ・ (硬い・普通・軟らかい・水様)
- ⑫ 歯は何本生えていますか？ () 本
- ⑬ 子育てで困っていることがありますか？ 困っていない ・ 困っている
- ⑭ 心配な事、質問したいことがあればご記入ください

* 当院が初めての方はご住所・連絡先をご記入ください

住所 〒 _____
 TEL① _____ TEL② _____