10か月児健診問診表

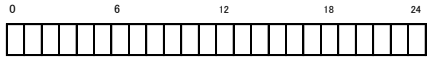
氏名：　　**学区：**　　**受付番号：**

10か月児健診
なまえ

相談したいこと、気になることはありますか
（　　）
1．足先を口に近づけて遊んでいた　（はい・いいえ）
2．手をつかずにしっかりとすわる　（　　か月）
3．ずりばいが出来る（　　か月）四つばいができる（　　か月）
4．自分でつかまって立ち上がる　（　　か月）
5．伝い歩きをする　（　　か月）
6．うつぶせからお座り、お座りからうつぶせになる　（はい・いいえ）
7．歩行器を使いますか　（いいえ・はい）
8．小さい音にふりむく（紙を破る音など）　（はい・いいえ）
9．最近どんな声をだしていますか　（　　）
10．子どもの目線と同じ高さで、「ワンワンいるね」と指をさすと、
その方を見る　（　　か月）
11．関わると喜んで同じ様にまねをする　（　　か月）
どんなまねをしますか（例：パチパチ　　）
12．きょうだいや小さな子どもを見ると喜ぶ　（はい・いいえ）
13．人みしりをする、他人をじっと見る　（　　か月）

14．保護者のあとおいをして泣く　はい（　　か月）・いいえ
15．子どもが喜ぶ遊びは何ですか
（　　）
16．「アーン」と口をあけて見せると、食物を口に入れてくれる
（はい・いいえ）
17．よく泣く、食べない、寝ないなど育てにくさを感じますか　（いいえ・はい）
18．育児をしていてイライラしたりつらいと感じることが多い
（いいえ・どちらともいえない・はい）
19．保護者自身のことで相談したいこと　（ない・ある）
（健康や家族関係など　　）
20．今までにかかった大きな病気や、通院中の病気
（ない・ある　　）
21．ひきつけ　（なし・あり）　（その時の熱　　℃）
22．アレルギーについての心配　（ない・ある）
23．現在治療中ですか　（いいえ / はい：皮膚炎・食べ物・その他）
24．便　（　　回／　日）

25．離乳食について（　　回／1日）
およその1回量と内容
主食（　　）おかず・その他（　　）
ミルク（　　cc　　回）母乳（　　回）お茶（　　cc）
その他　（　　を　　cc）
調理形態はすりつぶしからみじんやコロコロ状に進んでいますか（はい・いいえ）
手づかみで食べさせるようにさせていますか　（はい・おやつのみ・いいえ）
ストローやコップの練習をしていますか　（はい・いいえ）
意欲的に食べようとしていますか　（はい・いいえ）
家族と一緒に食事をしますか　（はい・いいえ）
26．歯のはえ始めた時期　（　　か月）
27．おしゃぶりを使いますか　（いいえ・はい）
28．生活リズム（眠っている時間を塗りつぶしてください）



29．育児をしていて楽しいと感じるときはどんな時ですか
（　　）