

10ヶ月健診問診票

お名前

生年月日： 年 月 日

看護師記載欄

出生： 週 日 / 出生体重 g / アプガースコア 点・点
今日は M day

①お子さまについて教えてください。

*先天性疾患・慢性疾患はありますか？

本人： ない ・ ある（詳細： _____ ）

血縁者： ない ・ ある（詳細： _____ ）

*下記の内容ができるようになった月齢をご記入ください。

追視（目で追ってくれるようになった）… _____ か月頃 ・ 未

あやすと笑うようになった … _____ か月頃 ・ 未

赤ちゃん言葉（あーあー、うーうーなど）を話すようになった … _____ か月頃 ・ 未

首が座った … _____ か月頃 ・ 未

寝返りできるようになった … _____ か月頃 ・ 未

1人で支え無しで座れるようになった … _____ か月頃 ・ 未

ハイハイするようになった … _____ か月頃 ・ 未

人見知り（他人に対して泣くなど）をするようになった … _____ か月頃 ・ 未

*今できることに○をつけてください。（複数回答可）

つかまり立ち ・ 伝い歩き ・ 独立（支えなく立つ） ・ 独立歩行（支えなく歩く）

*現在の食事等の状況を教えて下さい。

離乳食は1日に _____ 回食べている。

母乳 ・ ミルク ・ 両方 を足している。 / 今はごはんのみ。

歯は、生えかけも含めて _____ 本生えている。

②成長発達に関して、相談したいことなどがありましたらご記入ください。

*なお、乳児健診時間内には一般診療はできません。

ご記入ありがとうございます。



あくい小児科クリニック