

# 6 か月発達・健康問診票

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）できるか・・・ \_\_\_\_\_ か月頃 ・ 未

テレビやタブレットなどの音の方向を見るか・・・ \_\_\_\_\_ か月頃 ・ 未

首が座っているか・・・ \_\_\_\_\_ か月頃 ・ 未

寝返りをするか・・・ \_\_\_\_\_ か月頃 ・ 未

お座りが少しでもできるか・・・ \_\_\_\_\_ か月頃 ・ 腰を支えれば可能 ・ 未

手を伸ばしておもちゃをつかむか・・・ \_\_\_\_\_ か月頃 ・ 未

\* 現在の食事・排便等の状況を教えてください。

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

排便のペースはおよそ \_\_\_\_\_ 回/日 or 週

歯は、生えかけも含めて \_\_\_\_\_ 本生えている。

\* 異常行動（けいれん）など気になることはありませんか？

ない ・ ある（詳細 \_\_\_\_\_ ）

② お困りのこと・相談したいこと・診察してほしいことなどありましたら、以下枠内の例に○印、もしくはフリー記入ください。

例：体重増加、便秘、貧血（色白）、爪が反っている、皮膚乾燥、皮膚発赤



ご記入ありがとうございました。

このあと身体計測（身長・体重・頭囲・胸囲）を行い、医師の診察になります。

しばらくお待ちください。



あぐい小児科クリニック