

10か月児育児相談問診票

※保健センター記入欄

受診日

(月 日)

☆児氏名・生年月日・質問項目1～9を記入し、当日受付へ母子健康手帳と一緒に持ちください。

児氏名

生年月日:平成 年 月 日

1. 今までに病気にかかったことはありますか？

いいえ・はい(月頃 病名:)

2. 現在、通院や治療はしていますか？

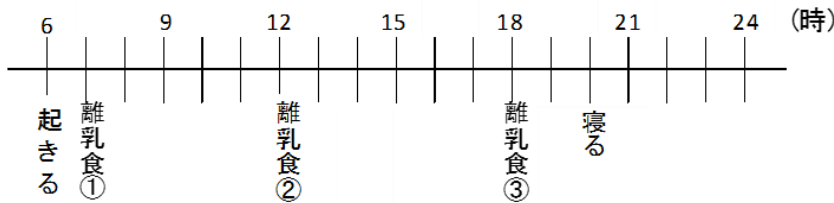
いいえ・はい(月頃 病名:)

3. お子さんについてお伺いします。

- ・寝返りをしますか？ はい(月頃) ・ いいえ
- ・自分から上手におすわりをしますか？ はい(月頃) ・ いいえ
- ・人見知りをしますか？ はい(月頃) ・ いいえ
- ・つかまり立ちをしますか？ はい(月頃) ・ いいえ
- ・はいはいをしますか？ はい(月頃) ・ いいえ
- ・指で小さいものをつかみますか？ はい(月頃) ・ いいえ
- ・バイバイのまねをしますか？ はい(月頃) ・ いいえ
- ・伝い歩きをしますか？ はい(月頃) ・ いいえ
- ・歯は何本はえましたか？ 上 本 / 下 本
- ・歯の手入れをしていますか？ はい ・ いいえ
- ・機嫌よく一人遊びができますか？ はい ・ いいえ
- ・ささやき声の呼びかけで振り向きますか？ はい ・ いいえ

4. お子さんの生活リズムについて、例を参考に 下の枠内にご記入ください。

<例>



切
り
取
り

