

乳児問診票 1才まで

もろの木こどもクリニック

記入日 月 日

お子さんの名前 _____

生年月日 _____

* 生まれたときの様子について

生まれた時の体重 _____ グラム おなかの中にいた期間 _____ 週

- * 生まれた時は元気な赤ちゃんでしたか？ (はい ・ いいえ)
- * 栄養について (母乳 ・ 混合 ・ ミルク)
- * 離乳食は始めましたか？ (離乳食 1日 回)
- * 歯は生え始めましたか？ (はい→上 本/下 本 ・ いいえ)
- * 主な保育場所はどこですか？ 自宅 ・ () 保育園/幼稚園
- * 予防接種 (うったものに○をつけてください)
ヒブ (1・2・3) 肺炎球菌 (1・2・3) B型肝炎 (1・2・3)
ロタ (1・2・3) 4種混合 (1・2・3) BCG

以下、あてはまる項目に○もしくは記入してください。

- ① 物や人を目で追うようになったのはいつ頃ですか？ (月頃)
- ② あやし笑いをするようになったのはいつ頃ですか？ (月頃)
- ③ 首が座ったのはいつ頃ですか？ (月頃)
- ④ 寝返りをしますか？ (月頃)
- ⑤ お座りをしますか？ (月頃)
- ⑥ パ・ダ・マなどを言いますか？ (月頃)
- ⑦ ハイハイをしますか？ (月頃)
- ⑧ つかまり立ちはできますか？ (月頃)
- ⑨ つたい歩きはできますか？ (月頃)
- ⑩ 指で小さいものをつかみますか？ (はい ・ いいえ)
- ⑪ 家族と一緒にいる時、話しかけるような声を出しますか？ (はい ・ いいえ)
- ⑫ そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きませんか？ (はい ・ いいえ)
- ⑬ 顔にかかった布を手でとりますか？ (はい ・ いいえ)
- ⑭ アレルギーで心配なことはありますか？ (はい ・ いいえ)
- ⑮ 育児上、何か心配なことがありますか？ (はい→)