

<10か月児健康診査アンケート>

職員記入	公費	体重	身長	むね	あたま	
	自費	g	cm	cm	cm	
保護者記入欄	産まれた病院 ()		出生体重 (g)			
	母乳・混合・ミルク 離乳食 (回)		歯 (本)			
	目で追う	ヶ月	首がすわる	ヶ月	寝返り	ヶ月
	あやし笑い	ヶ月	喃語	ヶ月	お座り	ヶ月

1. ハイハイで移動することができますか	はい・いいえ
2. つかまって立っていることができますか	はい・いいえ
3. 指で小さいものをつかみますか	はい・いいえ
4. 手は左右同じように使いますか	はい・いいえ
5. お母さんやお父さんの後追いをしますか	はい・いいえ
6. 視線はよく合いますか (お母さんやお父さんの目を見つめますか)	はい・いいえ
7. 人のものまねをしますか (手や机をたたく)	はい・いいえ
8. 「ダメ」というと手を引っ込めて親の顔をみますか	はい・いいえ
9. そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きますか	はい・いいえ
10. けいれん (ひきつけ) を起こしたことがありますか	いいえ・はい
11. 食物アレルギーといわれたことがありますか	いいえ・はい
12. おむつを替えるときに脚の開きが気になることがありますか	いいえ・はい
13. 歯について、生え方、形、色など気になることがありますか	いいえ・はい
14. 昼間おもにどなたが保育をしていらっしゃいますか	母・父・祖父母・保育園/託児所・その他
15. 今まで何か事故を起こしたことがありますか	ない・起こしそうになった・ある 1.けが 2.火傷 3.転落 (風呂を含めて) 4.誤飲 (タバコ・薬・ボタン電池) 5.その他
16. 普段、朝起きる時間と夜寝る時刻は何時頃ですか	起床 () 時 () 分 / 就寝 () 時 () 分
17. お子さんは一日に平均何時間テレビやビデオを見ますか	約 () 時間
18. その他、心配なことや相談したいことがありますか	いいえ・はい (あれば空欄にご記入ください)