

<1歳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. ひとりで数秒間立てますか	はい・いいえ
2. 小さなものを指先でつまみますか	はい・いいえ
3. スプーン, フォーク, クレヨンなどを使おうとしますか	はい・いいえ
4. 音楽に合わせて楽しそうに, からだを動かしますか	はい・いいえ
5. 「おいで, ちょうだい, ねんね」など簡単なことばを理解しますか	はい・いいえ
6. ほめられると同じ動作を何度も繰り返してしようとしていますか	はい・いいえ
7. 目はよく見えていますか	はい・いいえ・わからない
8. 耳はよく聞こえていますか	はい・いいえ・わからない
9. 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
10. 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
11. 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
12. 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)