

1歳半健診問診票

お子さんのお名前	生年月日	年	月	日
----------	------	---	---	---

お子さんの生活についてお聞かせください

- ・ 自分で食べようとする意欲がありますか？ はい いいえ
- ・ 1日に何回食事をしていますか？ _____ 回/日
- ・ おやつは与えていますか？ はい いいえ
- ・ 食物アレルギーの心配や反応（発疹や嘔吐など）はありますか？ はい いいえ
具体的に教えてください。 _____
- ・ 夜はしっかり寝ていますか？ はい いいえ
- ・ うんちはどのくらいの間隔で出ていますか _____
- ・ うんちの堅さはどのくらいですか？ コロコロ バナナ様 泥状
- ・ 夜はどのくらいの時間、連続して寝ますか？ _____ 時間

お子さんの日常の行動についてうかがいます。

- 自分で歩いていますか？ はい いいえ
- 走ろうとしますか？ はい いいえ
- 大人の手をかりて階段の上り下りはできますか？ はい いいえ
- おもちゃを手に持ちながら歩きますか？ はい いいえ
- 手先を使って小さな物をつまむことができますか？ はい いいえ
- いくつかの単語を話せますか はい いいえ
どんな単語を話しますか？ _____
- 簡単な指示には従いますか？ はい いいえ
- 名前を呼ぶとすぐに反応しますか？ はい いいえ
- 興味のあるものや欲しいものを指さしますか？ はい いいえ
- 人見知りしますか？ はい いいえ
- 喜びや怒り悲しさなどの感情をはっきり表現しますか？ はい いいえ
- 他の子どもと一緒に遊ぶ様子がありますか？ はい いいえ

* ご質問などありましたらご自由にお書きください