

8カ月健診問診票

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

栄養についてお聞かせください

母乳のみ ミルクのみ 母乳とミルク両方

離乳食ははじめていますか。

はい (食べたことのある食材: _____)

いいえ

排泄についてお聞かせください

排便 _____ 回/日

便の状態は? 普通 固い 軟らかい その他

排尿 _____ 回/日

睡眠についてお聞かせください

・夜はしっかり寝ていますか はい いいえ

・昼寝の回数は _____ 回/日 どのくらい寝ていますか _____ 時間くらい

お子さんの日常の行動についてうかがいます。

自分で安定してお座りできますか? はい いいえ

ハイハイしますか? はい いいえ

つかまり立ちをしますか? はい いいえ

つかまり立ちをする場合、どのくらいの時間経っていられますか _____

手でつかんだ物を別の手で持ち替えますか? はい いいえ

指を使って細かい物をつまもうとしますか? はい いいえ

名前を呼ぶと反応しますか? はい いいえ

人見知りしますか? はい いいえ

泣くときに何かを求めているというのがわかりますか? はい いいえ

自分から声を出して周囲に反応しますか? はい いいえ

人に笑いかけることが多いですか? 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