

9-10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

離乳食は順調に進んでいますか？ はい いいえ

1日に何回離乳食を与えていますか？ _____ 回/日

食べている食材や好きな食材は何ですか？ _____

食物アレルギーの心配やアレルギー反応（発疹、嘔吐など）がありましたか？ はい いいえ

具体的に教えてください。 _____

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。

自分で安定して長時間お座りできますか？ はい いいえ

ハイハイは活発にしますか？ 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 _____ 秒くらい

つかまり立ちから歩くことがありますか？ はい いいえ

歩いている場合、何歩くらい歩けますか？ _____ 歩

手で物をつかみ、自由に操作していますか？ 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

人見知りしますか？ はい いいえ

ママ、パパ、バイバイなど簡単な言葉に反応しますか？ はい いいえ

他の子どもや大人と一緒に遊ぼうとする様子がありますか？ はい いいえ

好きなおもちゃや遊びがあれば教えてください。 _____

* ご質問などありましたらご自由にお書きください