

乳児健診予診表 9-11 か月健診

あだち小児科

受診日 年 月 日

名前 _____ (男・女) _____ か月 第 _____ 子

出生時体重 _____ g 出生時週数 _____ 週 _____ 日

現在の栄養方法：をつけて下さい 母乳のみ 授乳回数 _____ 回 _____ 時間ごと・すきなだけ
混合栄養 母乳 _____ 回、人工乳 _____ ml × _____ 回
人工乳のみ _____ ml × _____ 回

離乳食 _____ 回 おやつ _____ 回 カウプ指数 _____ (こちらはスタッフが記入します)

どの様な離乳食を食べていますか

(_____)

離乳食や間食についてご質問はありますか

(_____)

☆予防接種：接種済みのワクチンに○をして下さい

ヒブ①・②・③・④、肺炎球菌①・②・③・④、B型肝炎①・②・③、ロタウィルス①・②・③

四種混合 (DPT+不活化ポリオ) ①・②・③・④、BCG、MR (麻疹風疹)、水痘①・②、おたふく①・②

☆これまで罹った病気や、医師から何か指摘されたことはありますか (アレルギー、ひきつけ、湿疹等)

ない・ある (_____)

☆質問事項

- 1.つかまり立ちをしますか はい・いいえ
 - 2.はいはいをしますか はい・いいえ
 - 3.「いやいや」「ばちばち」などのまねをしますか はい・いいえ
 - 4.コップを両手で口に持っていきますか はい・いいえ
 - 5.親指を使って小さな物をつかみますか はい・いいえ
 - 6.「ダーダー」「バーバー」等の濁音を言えますか はい・いいえ
 - 7.怒ると手を引っ込め顔を見ますか はい・いいえ
 - 8.物まねをしますか はい・いいえ
 - 9.どのような生活パターンですか 起床 _____ 時頃、就寝 _____ 時頃、昼寝 _____ 時間
 - 10.昼間は主にどなたが保育していますか 母・父・祖父母・保育園・その他 (_____)
 - 11.どの様な遊びが好きですか (_____)
 - 12.1日のうちでどの位テレビや動画をみていますか _____ 時間位
- ～ご両親のご様子についてもお伺いします～
- 13.育児は楽しいですか はい・いいえ・どちらともいえない
 - 14.育児は疲れますか はい・いいえ・どちらともいえない
 - 15.気分が落ち込むことはありますか はい・いいえ・どちらともいえない
 - 16.食事や睡眠はとれていますか はい・いいえ・どちらともいえない
 - 17.育児を手伝ってくれる人はいますか はい (配偶者・祖父母・友人・その他)・いいえ
 - 18.育児の相談相手はいますか はい (配偶者・祖父母・友人・その他)・いいえ
 - 19.お母様ご自身の体調やお父様のご心配事などありますか はい・いいえ (_____)
 - 20.育児で気になる事 (湿疹等) はありますか ない・ある (_____)
 - 21.心配な事、医師に相談したい事をお書きください (何でも結構です) (_____)