



問診票は事前に
記入してきてください

10 か月児健康診査問診票



⑧

お子さんの名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ か月 _____ 日

◆お子さんについてお伺いします。（あてはまるものに○をつけてください。）

◎今日のお子さんの体調はいかがですか		良・否（ _____ ）	
◎普段の生活の様子を書いてください			
5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 0 1 2 3 4			
主な 保育者	昼	母・父・祖母・祖父・保育士・その他（ _____ ）	起床時間 _____ 時 _____ 分（午前7時の場合は07時00分）
	夜	母・父・祖母・祖父・保育士・その他（ _____ ）	就寝時間 _____ 時 _____ 分（午後9時の場合は21時00分）
就園	就園中・就園予定（ _____ 年 _____ 月～）・予定なし		睡眠 _____ 良・否
園名			排便 _____ 日に _____ 回、良・否
機嫌	良・否		生歯数 上の歯： _____ 本、下の歯： _____ 本
食 事 ・ 栄 養	食欲：有・無・ムラがある		
	離乳食：1日に _____ 回	ストローを使っていますか	はい _____ いいえ _____
	母乳：1日に _____ 回	コップを使っていますか	はい _____ いいえ _____
	ミルク：1日に _____ 回、1回量 _____ cc	自分でつかんで食べようとしますか	はい _____ いいえ _____
	間食：1日に _____ 回	食べ物のアレルギーがありますか	いいえ _____ はい _____
	内容・量 [_____]		食品名 _____
病 気	今までにかかった病気（無・有）		ひきつけ（無・有 _____ 回）
	病名 _____	いつ頃 _____	いつ頃 _____
	現在の病気（無・有）		
	病名 _____	いつ頃から _____	かかっている病院名 _____
◎目に関して心配なことはありますか			いいえ _____ はい _____
あてはまるものがある場合は○をつけてください。			
・目やにや涙が多い ・瞳が白色や黄緑色、橙色などに光って見える ・目つきや目の動きがおかしい			
・その他（ _____ ）			
◎耳に関して心配なことはありますか			いいえ _____ はい _____
・中耳炎にかかったことがありますか			いいえ _____ はい _____
・外のいろいろな音（車の音など）に見回したりなどの関心を示しますか			はい _____ いいえ _____
・気づかれないように、そっと近づいてささやき声で名前を呼ぶとふり向きますか			はい _____ いいえ _____
・隣の部屋で音をたてたり、遠くから呼ぶとはってきたりしますか			はい _____ いいえ _____
・「おいで」「バイバイ」など身ぶりを入れなくて、ことばだけでいうと動作しますか			はい _____ いいえ _____
・音楽や歌を歌っていると手足を動かして喜びますか			はい _____ いいえ _____
・声かけに対してまねて声をだしますか			はい _____ いいえ _____
・お母さんが妊娠4か月までに風しんにかかりましたか			いいえ _____ はい _____

裏面につづく

◎はいはいをしますか ・どんなはい方をしていますか○をつけてください すりばい・四つばい・高ばい・その他 ()	は い(か月)	いいえ
◎寝返りができますか	は い(か月)	いいえ
◎自分で10分間くらい倒れずにお座りできますか	は い(か月)	いいえ
◎大人が物につかまらせると、しばらく立っていられますか	は い(か月)	いいえ
◎自分で物につかまって立ち上がりますか	は い(か月)	いいえ
◎つたい歩きをしますか	は い(か月)	いいえ
◎引き出しや、箱のなかの物を取り出しますか	は い(か月)	いいえ
◎親指と人差し指で小さなものをつまみますか(エイセイボーロ、小鈴など)	は い(か月)	いいえ
◎関わりと喜んで同じようにまねをしますか(パチパチ・バイバイなど)	は い	いいえ
◎人見知りをしますか	は い(か月)	いいえ
◎指でさして教えるとそちらを見ますか	は い(か月)	いいえ
◎兄弟や近所の子どもを見ると喜びますか	は い	いいえ
◎「マンマンマン」「バーバーバー」など繰り返す声を出しますか	は い(か月)	いいえ
◎身近な人(お母さん・お父さん等)に呼びかけるような声をだしますか	は い	いいえ
◎名前を呼ぶと反応しますか	は い(か月)	いいえ
◎今までにできていたことで、できなくなったことがありますか	いいえ	は い
お子さんについて、何か相談したいことはありますか。	いいえ	は い

(あれば具体的にお書きください。)

お母さん、お父さん自身について伺います

◎毎日の生活や育児を楽しくやっていますか	1 は い	2 いいえ	3 どちらともいえない	
◎育児をされていてイライラしたり、つらいと感じることが多いですか	1 いいえ	2 は い	3 どちらともいえない	
◎育児の相談相手や協力者がいますか	1 は い	2 いいえ	3 どちらともいえない	
◎育てにくさを感じますか	1 いいえ	2 は い	3 どちらともいえない	
◎しつけのためにイライラして、お子さんをたたくことがありますか	1 いいえ	2 は い	3 どちらともいえない	
◎現在たばこを吸う人はいますか	1 父	2 母	3 その他	4 家族皆吸わない

お母さん、お父さん自身のことについて何かありましたらお書きください

- | | | | |
|-------------|--------------|-------------|----------|
| 1 健康的な不安 | 1 心に悩みをもっている | 1 家事や仕事が忙しい | 1 経済的な心配 |
| 1 パートナーとの関係 | 1 祖父母との関係 | 1 介護 | 1 その他 |

()