



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



⑦

お子さんの名前 _____ 生年月日 _____ 年 月 日生 _____ 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せんか | | | 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いたりしますか | | | はい | いいえ |
| ・「おいで」「バイバイ」など身ぶりを入れないで、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 |

| | | |
|--|----------|-----|
| ◎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 ずりばい・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 | |
| ◎育児をし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 |