

※健康診査までに記入し、切り離して持参してください。当日、お預かりさせていただきます。

【4か月児健康診査】

記 入 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

お子さんの名前： _____

お子さんの生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

お子さんの月齢： _____ か月 _____ 日

お子さんや子育てについて心配なこと、相談したいことがありましたら書いてください

[_____]

今までにかかった大きな病気、また現在通院中の病気（病気の名前・いつ・病院名など）

[_____]

・けいれんを起こしたことはありますか (いいえ・はい 回)

はいの方は、その時熱はありましたか (いいえ・はい ℃)

※次の質問にお答えください（まだの項目には^⓪と記入してください）

①抱いている時首はすわっている (_____ か月)

②うつぶせにすると両腕で支えて肩、胸が左右対称にあげられる (_____ か月)

まだの場合 うつぶせを、させていない

うつぶせを、時々させている

うつぶせを、毎日させている

③興味のある方へあおむけから横向きに半分寝返りする (_____ か月)

④機嫌が良い時でもよくそったり、抱きにくさを感じる (いいえ・はい)

⑤寝ている時に、同じ方向ばかり向いていることが多い (いいえ・はい)

はいの場合 どちら側に向くことが多いですか (右側・左側)

⑥動くものを目で追う (_____ か月)

⑦ガラガラを持たせると持つ (_____ か月)

⑧左右の指しゃぶり、手しゃぶりができる (_____ か月)

⑨あおむけで両手を合わせてあそぶ (_____ か月)

⑩音のする方向に顔を向ける (_____ か月)

⑪あやすと笑い声を出しかえす (_____ か月)

⑫眠い時やお腹がすいている時以外は、機嫌が良い (はい・いいえ)

⑬子育てをしている中で育てにくさを感じる (いいえ・はい)

⑭子どもとのかかわり方や遊び方がわからない (いいえ・はい)

●目に関して何か心配なことがありますか (無 ・ 有)

瞳が白くみえる・目やにや涙が多い・目つきや目の動きの違和感・その他 (_____)

●耳・聞こえに関して何か心配なことがありますか (無 ・ 有)

[_____]

●股関節脱臼に関して何か心配なことはありますか (無 ・ 有)

[_____]

●親族の方で先天性股関節脱臼や股関節開排制限のある方はいらっしゃいますか (無 ・ 有)

[有の場合 続柄 _____]

