

※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。

【10 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Ⓐと書いてください）

①寝返りをする（あおむけ⇄うつぶせ） (_____ か月)

②両手をつかないで一人で座れる (_____ か月)

③姿勢の転換ができる（おすわり⇄うつぶせ） (_____ か月)

④はいはいをする (_____ か月) まだの場合（居座り移動・ずりばい)

⑤つかまり立ちをする (_____ か月)

⑥伝い歩きをする (_____ か月)

⑦指先で小さい物をつまむ (_____ か月)

⑧箱の中の物を取り出す (_____ か月)

⑨名前を呼ぶとふりむく (_____ か月)

⑩指でさして教えるとその方をみる (_____ か月)

⑪欲しいものをアーアーなどと声を出して要求する (_____ か月)

⑫簡単な身ぶりのまねができる（例：バイバイ、パチパチ） (_____ か月)

⑬言葉を理解し始めているように感じる（例：バイバイ、おいでなどに反応） (はい・いいえ)

⑭最近どんな声を出していますか

（具体的に記入ください 例：まんまんまん、ダッダッダ、アバババなど）

[_____]

⑮お母さん以外の人を見て泣いたり、はにかんだりする (_____ か月)

⑯きょうだいや、小さい子どもを見ると喜ぶ (はい・いいえ)

[_____]

⑰子育てをしていく中で育てにくさを感じることもある (いいえ・はい)

⑱子どもとのかかわり方や遊び方がわからないことがある (いいえ・はい)

●目に関して何か心配なことがありますか (いいえ・はい)

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 (いいえ・はい)

[_____]

※お子さんの普段の生活についてお答えください

生活リズム

⑲一日の生活リズムを記入してください（起床(起)・就寝や昼寝(寝)（寝ている所は斜線で記入）

授乳(乳)・(☺)・離乳食(離)・おやつ・外遊び・テレビ等]



⑳テレビやスマートフォンなどを長時間（2時間以上）見せないようにしていますか (はい・いいえ)

㉑眠りについて心配なことはありますか (いいえ・はい)

夜小さな音で起きる 眠りが浅い 夜泣き その他 (_____)

