

## 乳児健診問診表（8ヶ月）

お名前（ ）

8ヶ月 十 日目

一度でも行った事のある場合は（はい）にしてください

- |                                |          |
|--------------------------------|----------|
| 1・つかまらずと立っていますか                | （はい・いいえ） |
| 2・あお向けに寝かせておくと嫌がってすぐに寝返りを打ちますか | （はい・いいえ） |
| 3・寝返りで移動しますか                   | （はい・いいえ） |
| 4・床に落ちている小さい物を注意して拾おうとしますか     | （はい・いいえ） |
| 5・他の人が食べているのを見て欲しがりますか         | （はい・いいえ） |
| 6・物を何度も繰り返して落して喜びますか           | （はい・いいえ） |
| 7・家族の顔を見ると体を乗り出して抱いてもらいたがりますか  | （はい・いいえ） |
| 8・離乳食はどこまで進んでいますか （ ）          |          |
| 9・ハイハイは出来ますか                   | （はい・いいえ） |
| 10・今までに何か異常があるとされましたか          | （はい・いいえ） |

---

先生に聞きたい事がありましたらお書き下さい