

# 乳児健診問診表

お名前 ( )

ヶ月 十 日目

一度でも行った事がある場合は (はい) にしてください

- 1・つかまり立ちをしますか (はい・いいえ)
- 2・伝え歩きをして欲しい物を取りに行きますか (はい・いいえ)
- 3・ハイハイをしますか (はい・いいえ)
- 4・両手でおもちゃを持ちますか (はい・いいえ)
- 5・「イヤイヤ」「ニギニギ」「バイバイ」など  
大人の言葉を理解して動作をしますか (はい・いいえ)
- 6・「おててパチパチ」など大人のまねっこをしますか (はい・いいえ)
- 7・「あ～あ～」 「う～う～」 など何か声を出していますか (はい・いいえ)
- 8・手づかみで自分から何か食べようとしますか (はい・いいえ)
- 9・音楽が聞こえると手足を動かして喜びますか (はい・いいえ)
- 10・人見知りをしますか (はい・いいえ)
- 11・離乳食は1日何回食べていますか ( 回/日)
- 12・ミルク、母乳は1日何回飲んでいきますか (ミルク 回/日、母乳 回/日)
- 13・今までに何か異常があると言われた事がありますか (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