

乳児健診問診表（10ヶ月）

お名前（）

10ヶ月　＋　　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・ハイハイをしますか | （はい・いいえ） |
| 3・お膳をまわって欲しい物を取りに行きますか | （はい・いいえ） |
| 4・「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） |
| 5・「いけません」と言うと、ちょっと手を引っ込めて
親の顔を見ますか | （はい・いいえ） |
| 6・「マンマ」と言うと食事のさいそくをしますか | （はい・いいえ） |
| 7・離乳食は進んでいますか | （はい・いいえ） |
| 8・ミルクは飲んでいますか | （はい・いいえ） |
| 9・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