

# 乳児健診問診表（12ヶ月）

お名前（ ）

12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・独り立ちしますか                                      | （はい・いいえ） |
| 2・両手を引くと歩きますか                                   | （はい・いいえ） |
| 3・くし、ブラシ、スプーンを使っていると声を出して<br>欲しがり、与えると真似して使いますか | （はい・いいえ） |
| 4・鏡を見て遊びますか                                     | （はい・いいえ） |
| 5・鉛筆でめっちゃめっちゃ書きをしますか                            | （はい・いいえ） |
| 6・ボールを転がすと、転がしてよこしますか                           | （はい・いいえ） |
| 7・「マンマ」「パパ」等の声を出しますか                            | （はい・いいえ） |
| 8・名前を呼ぶと振り返りますか                                 | （はい・いいえ） |
| 9・離乳は完了しましたか                                    | （はい・いいえ） |
| 10・ミルクは断乳できましたか                                 | （はい・いいえ） |
| 11・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