

*太枠内を黒ボールペンでご記入ください

(記入日： 年 月 日)

10か月健診 (月 日) 名前

体重	g	身長	cm	頭囲	cm	胸囲	cm
----	---	----	----	----	----	----	----

- ① 自分からつかまって立ちあがれますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ② はいはいしますか。 (はい：肘ばい／腹ばい／膝ばい／熊歩き・いいえ・わからない)
- ③ テーブルをまわって欲しい物を取りに行きますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ④ つかんだ積み木を打ち合わせたりしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑤ 床におもちゃや物を落とした時、探しますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑥ イヤイヤ、パチパチ等の大人の言葉を理解し動作をしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑦ マンマと言って食事の催促をしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑧ いけませんと言うと、ちょっと手を引っ込めて顔を見ますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑨ ちょうだいをすると渡す真似をしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑩ 人見知りをしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑪ 後ろから名前を呼ぶと振り向きますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑫ お母さんのあとを追って、泣いたりしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑬ 離乳食は何回食ですか。 () 回食：よく食べる / むらがある / あまりたべない
- ⑭ どんな食品を与えていますか。与えているものに○をつけてください。
- Aパン粥 B米粥 C麺類 D芋類 E野菜()
- F肉類() G魚類() H豆腐・納豆 卵白 J卵黄
- K乳製品() L果物() Mベビーフード()
- Nその他()
- ⑮ 離乳食以外の栄養方法について
- 1日の授乳回数は何回ですか。 () 回
- <その内訳は> 1. 母乳だけを () 回
2. 人工乳だけ () ccを () 回
3. 母乳の後、人工乳 () ccを () 回
4. 離乳食の後、人工乳 () ccを () 回
5. 離乳食の後、母乳を () 回
- ⑯ 便の様子はどうか。 () 日に () 回 / 普通便・軟便・硬便
- ⑰ 今までにかかった病気はありますか。 (いいえ・はい：)
- ⑱ 現在病院にかかっていますか。 (いいえ・はい：)
- ⑲ 何か心配なことはありますか。 (いいえ・はい：下にご記入ください)