

12か月健診 (月 日) 名前 _____

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

- ① 両手を引くと歩きますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ② ひとりで数秒間立っていますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ③ ひとりで3歩以上歩きますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ④ 小さいものを親指と人差し指でつまむことができますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑤ クシ、ブラシ等を使っていると、真似して使おうとしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑥ 鏡を見て遊びますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑦ 鉛筆でメチャメチャ書きをしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑧ マンマ、パパ、ダダなどの声を出しますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑨ 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)
- ⑩ コップの練習をしていますか。 (はい・いいえ ;)
- ⑪ 手づかみやスプーンで自由に食べさせていますか。 (はい・いいえ ;)
- ⑫ 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
- ⑬ 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()
- ⑭ 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
- ⑮ 便の様子はどうか。 () 日に () 回 / 普通便・軟便・硬便
- ⑯ 今までにかかった病気はありますか。 (いいえ・はい :)
- ⑰ 現在病院にかかっていますか。 (いいえ・はい :)
- ⑱ 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)