★乳幼児健診までに記入してください。当日、お預かりさせて頂きます。

【当日ご記入ください】
体温：保護者（　　℃）児（　　℃）
風邪症状〔 無 ・ 有 （　　）〕

10か月児健診問診票

名前（ふりがな）　　（　　）　記入者

生年月日（月齢）　令和　年　月　日　（　　か月）　記入日　　年　月　日

◆お子さんについて質問します

1. 心配なこと、相談したいことがありましたら書いてください

2. 今までにかかった大きな病気、また現在通院中の病気
（病気の名前・いつ・病院名など）

3. 湿疹がある　（ いいえ ・ はい ）
4. アレルギーがある　（ いいえ ・ はい ）
5. ひきつけを起こしたことがある
（ いいえ ・ はい ：＿＿回、 熱有り/熱無し ）
6. 目に関して心配なことがある　（ いいえ ・ はい ）
7. 瞳が白く光って見える　（ いいえ ・ はい ）
8. ささやき声で振り返る　（ はい ・ いいえ ）
9. はいはい（四つばい）をする　（ はい ・ いいえ ）
まだの場合　（ずりばい・居座りばい・お座り）
10. つたい歩きをする　（ はい ・ いいえ ）
まだの場合　①つかまらせるとしばらく立っている
②自分でつかまり立ちをする
11. 外の色々な音を見回したり関心を示す　（ はい ・ いいえ ）
12. 音楽や歌を歌ってやると手足を動かして喜ぶ（ はい ・ いいえ ）
13. 保護者の後を追う　（ はい ・ いいえ ）
14. 人見知りをする　（ はい ＿＿か月～ ・ いいえ ）
15. 指でさして教えると、そちらの方向をみる　（ はい ・ いいえ ）
16. 欲しい物、行きたい所など手を出して訴える（ はい ・ いいえ ）
17. 簡単な身振りのマネをする　（ はい ・ いいえ ）
18. 最近、どんな声を出しているか　例：パパパ、マンマン（　　）
19. 歯は、何本はえていますか　（　　本 ）
（ お手入れ： 有：方法＿＿＿＿ ・ 無 ）

◆お子さんの生活について質問します

1. 一日の生活リズム
〔寝ている所は斜線、授乳（母乳㊍・ミルク㊋）等〕

0　6　12　18　24

裏面に続きます ⇒

2．離乳食の回数　（　　回/日）

あてはまるものに〇をしてください

・主食の形態（　全粥　・　軟飯　・　米飯　）（量　　）

・食事内容（野菜・魚・肉・卵・大豆製品・乳製品・小麦）（量　　）

・味付け　（　有＿＿＿＿＿＿・　無　）

3．あてはまる番号に〇をしてください

①母乳　②混合　③ミルク　（　　回/日、　cc×　回/日）

4．母乳・ミルク以外の飲み物をあげていますか　（　いいえ　・　はい　）

（内容　　・量　　）

5．手づかみで口へ運びますか　（　いいえ　・　はい　）

6．コップの練習をしていますか　（　いいえ　・　はい　）

7．便の回数　（　　回/日）

◆保護者の方について質問します

1．体調は良いですか　（　はい　・　いいえ　）

2．毎日の生活や育児を楽しくやっていますか　（　はい　・　いいえ　）

3．子育てでイライラすることはありますか　（　いいえ　・　はい　）

4．育児に協力してくれる人はいますか　（　はい　・　いいえ　）

それは誰ですか　（　　）

5．相談相手はいますか　（　はい　・　いいえ　）

それは誰ですか　（　　）

6．育てにくさを感じますか　（　いいえ　・　はい　）

◆お子さんと保護者の方の生活状況について質問します

1．あてはまるものに〇をしてください

①勤め

②育休中　（　　年　　月までの予定）

③自営業

④その他　（　　）

⑤なし

2．保育園の通所　（　無　・　有　　保育園/こども園）

有　→（園での様子：　　）

3．かかりつけの小児科はありますか　（　はい　・　いいえ　）

それはどちらですか　（　　）

4．同居の方でタバコを吸う人はいますか

（　いいえ　・　はい　：　誰＿＿＿＿＿　＿＿＿本/日　）

5．同居の方でお酒を飲まれる方はいますか

（　いいえ　・　はい　：　誰＿＿＿＿＿　量＿＿＿＿　）

◆股関節について質問します

・家族（血のつながりがある方〈祖父母や伯父叔母等も含む〉）で先天性股関節脱臼や股関節開排制限のある方はいますか

（　いいえ　・　はい　：　誰＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）

＜歯科衛生士に相談したいこと＞

のりしろ

～心配なことやご不明な点がありましたらお気軽にスタッフまでお声掛けください～

野洲市健康推進課　R5.5作成