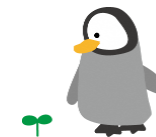


★乳幼児健診までに記入してください。当日、お預かりさせていただきます。



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、気になっていることがありましたら書いてください

Dashed blue rectangular box for writing answers to question 1.

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）

Dashed blue rectangular box for writing answers to question 2.

◆お子さんの生活ついて質問します

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、 有熱/無熱 ）

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. お母さんの後を追う （ 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. 大人のまねをする （ はい ・ いいえ ）

18. 最近、どんな声を出しているか 例:パパ、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

20. 離乳食の回数 （ \_\_\_\_\_回/日）  
あてはまるものに○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 ）

21. あてはまる番号に○をしてください  
①母乳 ②混合 ③ミルク（ \_\_\_\_\_回/日、 cc× \_\_\_\_\_回/日）

裏面に続きます →

22. 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 )

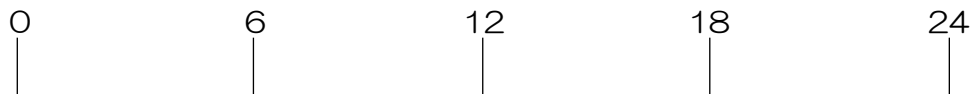
23.手づかみで口へ運びますか ( いいえ ・ はい )

24.コップの練習をしていますか ( いいえ ・ はい )

23. 便の回数 ( 回/日)

24. 一日の生活リズム

〔寝ている所は斜線、授乳(母乳④・ミルク⑤)等〕



◆保護者の方について質問します

1. 体調はいいですか ( 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○をしてください

①勤め

②育児中 ( 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. かかりつけの病院はありますか ( 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 >