

10か月児相談 問診票

ふじみ野市

生年月日 令和 年 月 日 (歳 ヲ月)

記載日 令和 年 月 日

電話番号 ()

携帯電話 ()

お子さまの発育・発達やご家族の健康に関する十分な支援のためには、必要時には関係機関に情報提供を行う場合があります。問診票記載内容や相談内容の情報提供について同意していただける方は、以下に署名の上、問診票への記入をお願いいたします。

同意者氏名 () 続柄 ()

記入者氏名 () 続柄 ()

◎ 以下の質問についてあてはまる項目の番号を回答欄に記入してください (複数回答可)
 また、あてはまる口にレ印を付け、その他、必要事項を()内に記載してください

お子さんの様子	① 首はすわっていますか。	1. はい	2. いいえ	
		できるようになった時は () か月頃		()
	② 寝返りはできますか	1. はい	2. いいえ	
		できるようになった時は () か月頃		()
	③ 支えなしでおすわりが出来ますか	1. はい	2. いいえ	
		できるようになった時は () か月頃		()
	④ はいはいをしますか はいはいの形は 	1. はい	2. いいえ	
		できるようになった時は () か月頃		()
	⑤ 誰かの支えがなくてもつかまって立ってすることができますか	1. はい	2. いいえ	
		できるようになった時は () か月頃		()
	⑥ 指で小さな物をつまみますか	1. はい	2. いいえ	
	⑦ 人見知りをしますか	1. はい	2. いいえ	
	⑧ そっと近づいてささやき声で呼びかけるとふりむきますか	1. はい	2. いいえ	
	⑨ 機嫌良く一人遊びをしますか	1. はい	2. いいえ	
	⑩ 最近何か病気や事故、ケガなどがありましたか 内容()	1. いいえ	2. はい	
	⑪ 意味はないがパパパ、ママなどと言いますか	1. はい	2. いいえ	
	⑫ ごあいさつや拍手などテレビや大人のマネをしますか	1. はい	2. いいえ	
⑬ 大人とボールを転がして遊んだり、手遊びをしますか	1. はい	2. いいえ		
⑭ 機嫌はおおむね良いですか	1. はい	2. いいえ		
⑮ 寝つきはよいですか	1. 良い	2. 悪い		
⑯ うんちの出はどうですか ()日に()回 (<input type="checkbox"/> 硬 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟)				
⑰ 気になること、相談したいことがあれば、お書き下さい。				

栄養・歯	① 離乳食は順調にすすんでいますか	1. はい	2. いいえ	3. どちらでもない												
	② 食欲はありますか	1. ある	2. ふつう	3. ない												
	③ 母乳、ミルクは1日にどのくらい飲みますか	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2">母乳</th> <th colspan="2">回/日</th> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">ミルク</td> <td>離乳食後</td> <td>ml ×</td> <td>回/日</td> </tr> <tr> <td>ミルクのみ</td> <td>ml ×</td> <td>回/日</td> </tr> </table>				母乳		回/日		ミルク	離乳食後	ml ×	回/日	ミルクのみ	ml ×	回/日
	母乳		回/日													
	ミルク	離乳食後	ml ×	回/日												
		ミルクのみ	ml ×	回/日												
	④ 離乳食は何ヶ月から開始しましたか				か月											
	⑤ 離乳食は現在、何回与えていますか				回											
⑥ ご飯の硬さはどの位ですか	1. 米飯	2. 軟飯	3. 5倍かゆ	4. 7倍かゆ												
⑦ 使っているたんぱく源の番号を全て記入してください																
	1. 魚	2. 大豆製品	3. 肉	4. 卵黄または全卵	5. 乳製品											

裏面につづく

問診

