

10ヵ月児健康相談質問票

来所日

No.

フリガナ			男 女	生年月日	令和	年	月	日生
氏名				電話番号				
住所	八幡市							
家族構成	氏名	続柄	性別	年齢	職業	健康状態		
			男・女			健康・否 ()		
			男・女			健康・否 ()		
			男・女			健康・否 ()		
			男・女			健康・否 ()		

健診の参考にしますので質問にお答えください

予防接種	ロタウイルスワクチン	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回
	B C G	未 ・ 済
	4種混合 (DPT-IPV) ワクチン	未 ・ 1期初回 (1回 ・ 2回 ・ 3回)
	ヒブワクチン	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回
	小児用肺炎球菌ワクチン	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回
	B型肝炎ワクチン	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回
健康状態	1. けいれんやひきつけを起こしたことがありますか? いいえ・はい (カ月頃:熱あり・なし)	
	2. 現在継続して治療や経過をみられている病気があればお書きください (カ月頃 ・ 病名)	
	3. 目について気になるところがありますか いいえ・はい (気になる点:)	
	4. 耳(きこえ)について気になるところがありますか いいえ・はい (気になる点:)	
	5. 肌の状態はどうか きれい・乾燥している・湿疹がある (通院中・市販薬を塗っている)	
	6. アレルギーはありますか いいえ・はい (具体的に:)	
	7. からだのことで気になることがあればお書きください ()	
すくすく発達のようす	1. 寝返りをしますか	はい (カ月頃から) ・ いいえ
	2. 手を使わずに一人でしっかり座っていられますか	はい (カ月頃から) ・ いいえ
	3. 腹ばいの姿勢からお座りしますか	はい (カ月頃から) ・ いいえ
	4. はいはいをしますか	はい (カ月頃から) ・ いいえ
	はいの場合 (どんな: お腹をつけて・お腹をつけないで・その他 ())	
	5. どこかにつかまって自分で立ち上がりますか	はい (カ月頃から) ・ いいえ
	6. つかませるとしばらく立っていられますか	はい (カ月頃から) ・ いいえ
	7. 伝い歩きをしますか	はい (カ月頃から) ・ いいえ
	8. 入れ物(引き出しや箱)に入っている物を外につまみ出しますか	はい ・ いいえ
	9. ごはん粒のような小さなものを指先だけでつまみあげますか	はい ・ いいえ
	10. 自分の名前をよばれるとふりむきますか	はい ・ いいえ
	11. 人見知りをしますか (カ月頃から) (激しく泣く・じっと見る・ほとんどしない・以前していた)	
	12. お母さんの後を追いますか	はい ・ いいえ
	13. 「ほらワンワンよ」などと言って、指でさして教えるとその方向を見ますか	はい ・ いいえ
	14. 大人がすることのまねをしますか (バイバイ・じょうずじょうずなど)	はい ・ いいえ
	はいの場合、どのようなまねをしますか ()	
	15. 最近どんな声をだしていますか ()	
	16. 「それちょうだい」と言って手を差し出すと持っている物を渡そうとしますか	はい ・ いいえ
はいの場合、(たいてい渡す ・ 気が向いたら渡す ・ 渡そうとするが手をひっこめる)		
17. 相手をして遊ぶと喜んだり、笑ったりしますか	はい ・ いいえ	
18. 怒った声・やさしい声などで不安そうになったり喜んだり表情を変えますか	はい ・ いいえ	

裏面にもご記入ください

1. 一日の生活リズムについて（起床、就寝、食事、ミルク、昼寝、遊び、テレビ、園生活など）

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 時

毎
日
の
生
活
の
よ
う
す

2. 1日にテレビや動画、タブレット等がついている時間はどのくらいですか。 () 時間

子どもが見ている・子どもに見せているのはどれくらいですか () 時間

3. 外で過ごす時間はどれくらいですか () 時間

4. どのように遊ぶのが好きですか (自分で遊びをみつけて1人で遊ぶ・大人と一緒に遊ぶ)

5. 好きな遊び、よくする遊びは何ですか ()

6. 離乳食は1日に何回あげていますか () 回

どんなものをどの位食べていますか。およその1回量をお書きください

ごはん類 こども茶碗 杯	おかず類 こども茶碗 杯	その他
-----------------	-----------------	-----

7. 手づかみ食べをしていますか はい・いいえ

8. コップで飲む練習はしていますか はい・いいえ

9. 母乳やミルクをどれ位飲んでいますか 母乳 () 回/日・ミルク () 回×() ml/日

10. お野菜などはどのような形で調理していますか
つぶしている・きざんでいる・軟らか煮でコロコロ・大人と同じもの・ベビーフードを利用

11. 歯が生えていますか はい(上 本/下 本)・いいえ

12. 便の状態をおしえてください 日に 回(硬い・普通・やわらかい)

13. 睡眠についてあてはまるものに○をつけてください(複数回答可)

とにかかくよく寝る、あまり寝ない、夜中に何度も起きる、ちょっとした物音などで目がさめる
抱っこしないと寝ない、勝手に眠くなると寝てくれる、昼寝をほとんどしない、寝ぐずりがひどい
眠りにつくまでに時間がかかる、寝起きの機嫌が悪い、その他 ()

家
族
の
よ
う
す

1. お母さんの体調はいかがですか よい・どちらともいえない・よくない ()

2. 育児をしている時に①よく思う気持ち(複数回答可)と②表情で当てはまるものはどれですか

① 楽しい・かわいい・疲れる・いらいらする・不安・特になし・その他 ()

② 表情(当てはまるものを1つ選んで、○で囲んでください。)



3. 育児や家事のことを相談したり、協力してくれる人はいますか
はいの場合(主な相談・協力者) はい・いいえ

4. お子さんを抱っこしたり、よく話しかけますか はい・いいえ

5. ゆったりした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか はい・いいえ

6. 家族の中でたばこを吸う人がいますか いいえ・はい(誰が 1日 本)

そ
の
他

何か相談したいことや心配なことがあれば自由にお書きください。

(栄養のこと、うんちのこと、育児のこと、きょうだいのこと、配偶者のことなど何でも)