

10 か月健診 (カ月 日)

名前 _____

- ① 自分からつかまって立ちあがれますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ② はいはいしますか。 (はい：肘ばい／腹ばい／膝ばい／クマ歩き・いいえ・わからない)
- ③ テーブルをまわって欲しい物を取りに行きますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ④ つかんだ積み木を打ち合わせたりしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑤ 床におもちゃや物を落とした時、探しますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑥ イヤイヤ、パチパチなどの大人の言葉を理解し動作をしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑦ マンマと言って食事の催促をしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑧ いけませんと言うと、ちょっと手を引っ込めて顔を見ますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑨ おちょうだいをすると渡す真似をしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑩ 人見知りをしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑪ 後ろから名前を呼ぶと振り返りますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑫ お母さんのあとを追って泣いたりしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑬ 離乳食は何回食ですか。 () 回食：よく食べる／むらがある／あまり食べない
- ⑭ どんな食品を与えていますか。与えているものに○をつけて下さい。
 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 I卵白 J卵黄
 K乳製品() L果物() Mベビーフード()
 Nその他 ()
- ⑮ 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. 母乳のあと人工乳 () ccを () 回
 4. 離乳食のあと人工乳 () ccを () 回
 5. 離乳食のあと母乳を () 回
- ⑯ 便の様子はどうか。 () 日に () 回 / 普通便・軟便・硬便
- ⑰ 今までにかかった病気はありますか。 (いいえ・はい：)
- ⑱ 現在病院にかかっていますか。 (いいえ・はい：)
- ⑲ 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)

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