

12 か月健診 ( カ月 日)

名前 \_\_\_\_\_

- ① 両手を引くと歩きますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ② ひとりで数秒間立っていますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ③ ひとりで3歩以上歩きますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ④ 小さいものを親指と人差し指でつまむことができますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑤ クシ、ブラシなどを使っていると、真似して使おうとしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑥ 鏡を見て遊びますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑦ 鉛筆でメチャメチャ書きをしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑧ マンマ、パパ、ダダなどの声を出しますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑨ 後ろから名前を呼ぶと振り向きますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑩ コップの練習をしていますか。 (はい・いいえ; )
- ⑪ 手づかみやスプーンで自由に食べさせていますか。 (はい・いいえ; )
- ⑫ 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
- ⑬ 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 ( )
- ⑭ 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 ( )  
 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
- ⑮ 便の様子はどうか。 ( ) 日に ( ) 回 / 普通便・軟便・硬便
- ⑯ 今までにかかった病気はありますか。 (いいえ・はい: )
- ⑰ 現在病院にかかっていますか。 (いいえ・はい: )
- ⑱ 何か心配なことはありますか。 (いいえ・はい: 下に記入してください )

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