



# 9 - 10か月健診



ふりがな \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

性別 男 ・ 女

生年月日 平成 年 月 日

当院初診または変更のあった方のみご記入ください

ご住所 〒 (      -      )

お電話 (      ) -     

## ✿ ご記入ください ✿

- |  |                         |                    |      |
|--|-------------------------|--------------------|------|
| ① 離乳食は                                 | ・・・ 1回/日                | 2回/日               | 3回/日 |
| 離乳食以外は                                 | ・・・ 母乳                  | 混合                 | ミルク  |
| ② 便の回数はどのくらいですか                        | ・・・ 1日に (      ) 回      | または (      ) 日に1回  |      |
| ③ 「アーアー」「ダーダー」など喃語（意味のない言葉）はでますか       | ・・・ はい                  | いいえ                |      |
| ④ 「ダメ！」というと手を引っ込めて顔を見ますか               | ・・・ はい                  | いいえ                |      |
| ⑤ お父さんやお母さんがいなくなると泣きますか                | ・・・ はい                  | いいえ                |      |
| ⑥ ボー口など小さなものをつかみますか                    | ・・・ はい                  | いいえ                |      |
| ⑦ 積木について                               |                         |                    |      |
| 手に取った後、口に持っていきますか                      | ・・・ はい                  | いいえ                |      |
| 反対の手に持ちかえますか                           | ・・・ はい                  | いいえ                |      |
| ⑧ 首はいつ頃すわりましたか                         | ・・・ (      ) カ月頃        | まだすわっていない          |      |
| ⑨ 寝返りはいつ頃できましたか                        | ・・・ (      ) カ月頃        | 少し助ければできる          | まだ   |
| ⑩ お座りはしますか                             | ・・・ 支えなしで可 (      ) カ月頃 | 支えれば可 (      ) カ月頃 | まだ   |
| ⑪ ハイハイは                                | ・・・ 高バイ (      ) カ月頃    | ずりバイ (      ) カ月頃  | まだ   |
| ⑫ つかまり立ちは                              | ・・・ できる (      ) カ月頃    | まだ                 |      |
| ⑬ 伝い歩きは                                | ・・・ できる (      ) カ月頃    | まだ                 |      |
| ⑭ 育児は楽しいですか                            | ・・・ はい                  | どちらでもない            | いいえ  |
| ⑮ 心配や疲れはありますか                          | ・・・ いいえ                 | どちらでもない            | はい   |
| ⑯ 育児を手伝ってくれる人や相談相手はいますか                | ・・・ はい                  | いいえ                |      |
| ⑰ お子様のことや離乳食のことなど、気になっていることがあればお書きください |                         |                    |      |

[ ]

## ✿ 小児科からのお願い ✿

- 健診当日は、**ご予約の10分～15分前**にお越しください（診察前に計測をさせていただきます）
- **この用紙はあらかじめご記入の上**、受付にお渡しください
- ご予約が取りにくい場合はお電話ください Tel072-720-7172
- お子様のお名前は、**母子手帳表紙**にも記入しましょう！