



# 11か月 - 1歳健診



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 「マンマ」「バイバイ」などの単語をまねることがありますか         | ・・・ はい                  | いいえ                 |               |    |
| ④ 「おいで」「ちょうだい」などの言葉に反応しますか             | ・・・ はい                  | いいえ                 |               |    |
| ⑤ お父さんやお母さんの後追いをしますか                   | ・・・ はい                  | いいえ                 |               |    |
| ⑥ スプーンを自分で使おうとしますか                     | ・・・ はい                  | いいえ                 |               |    |
| ⑦ 小さなものを指先でつかみますか                      | ・・・ 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 (      歳 ) カ月頃  | すりバイ (      歳 ) カ月頃 |               | まだ |
| ⑫ つかまり立ちは                              | ・・・ できる (      歳 ) カ月頃  |                     |               | まだ |
| ⑬ 伝い歩きは                                | ・・・ できる (      歳 ) カ月頃  |                     |               | まだ |
| ⑭ ひとり立ちは                               | ・・・ できる (      歳 ) カ月頃  |                     |               | まだ |
| ⑮ ひとりで数歩歩けますか                          | ・・・ できる (      歳 ) カ月頃  |                     |               | まだ |
| ⑯ 育児は楽しいですか                            | ・・・ はい                  | どちらでもない             | いいえ           |    |
| ⑰ 心配や疲れはありますか                          | ・・・ いいえ                 | どちらでもない             | はい            |    |
| ⑱ 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                 |               |    |
| ⑲ お子様のことやお食事のことなど、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**、受付にお渡してください
- 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！