



1歳6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 ひとりで上手に歩けますか . . . はい (_____ 歳 _____ か月) いいえ
- ② 手を軽く持つと階段を上れますか . . . はい いいえ
- ③ 音楽に合わせて踊りますか . . . はい いいえ
- ④ なぐり書きをしますか . . . はい いいえ
- ⑤ 積木を2～3個積みめますか . . . はい いいえ
- ⑥ 指さしをしますか . . . はい いいえ
- ⑦ 「パパ」「ママ」「ワンワン」など意味のある言葉をいいますか . . . はい いいえ
- ⑧ 「～持ってきて」というと持ってくることができますか . . . はい いいえ
- ⑨ 視線が合わないことがありますか . . . いいえ はい
- ⑩ 名前を呼ぶと振り向きますか . . . はい いいえ
- ⑪ ごはんは自分で食べようとしますか . . . はい いいえ
- ⑫ ごはん以外は . . . 母乳 (_____ 回/日) ミルク (_____ 回/日)
- ⑬ 歯みがきは . . . する しない
仕上げみがきは . . . する しない
- ⑭ 生活リズム . . . 起床 (_____) 時 昼寝 (_____) 時 お風呂 (_____) 時 就寝 (_____) 時
- ⑮ 育児は楽しいですか . . . はい どちらでもない いいえ
- 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

Large empty bracketed area for additional notes.

✿ 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！