



2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 走ることができますか | ・・・ はい | いいえ |
| ② 階段を1段ずつ足をそろえて昇り降りができますか | ・・・ はい | いいえ |
| ③ なぐり書きでグルグル丸を書くことができますか | ・・・ はい | いいえ |
| ④ 積木を横に並べることができますか | ・・・ はい | いいえ |
| ⑤ 「ワンワン来た」「ママあっち」など2語文が言えますか | ・・・ はい | いいえ |
| ⑥ 目、口、耳、手、足など指さしができますか | ・・・ はい | いいえ |
| ⑦ 「いや」で反応することが多くなってきましたか | ・・・ はい | いいえ |
| ⑧ 自分でスプーンやフォークを使えますか | ・・・ はい | いいえ |
| ⑨ 生活リズム ・・・ 起床 () 時 昼寝 () 時 お風呂 () 時 就寝 () 時 | | |
| ⑩ 育児は楽しいですか | ・・・ はい | どちらでもない いいえ |
| ⑪ 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 |
| ⑫ 現在気になっていることをお書きください | | |

🌸 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！