

年 月 日

9 月 児 用

太枠内を記入して下さい

氏名		男・女	生年月日	年 月 日生 (満 月 日)
----	--	-----	------	----------------

A 既往歴	1. 今までに何か病気をしましたか。	ない	ある
	2. 今までに終了している予防接種：① なし ② BCG ③ ポリオ ④ 三種混合 ⑤ その他		
B 栄養	1. 1 日 の 食 事 ① 母乳 回 ② ミルク 回 ③ 離乳食 回		
	2. 離乳食のすすみ方 ① 順調 ② 遅れている ③ 始めていない		
C 発達	1. おすわりができる。	はい	いいえ
	2. ハイハイができる。	はい	いいえ
D 育児	1. 夜泣きをよくする。	はい	いいえ
	2. 人見知りをする。	はい	いいえ
E 生活面	1. 主な保育者 昼： 夜：		
	2. 清潔：① 頭髪（良・否） ② 爪（良・否） ③ 下着（良・否）		
F	3. 事故： ない あるいはある（やけど・けが・誤飲・その他）		
	4. 育児態度：① ふつう ② かまいすぎ ③ かまわない		
	その他に心配なこと。		

◦身長 cm、体重 g、頭囲 cm、胸囲 cm

◦湿疹（ - + ） 部位（ ）

◦呼吸音 正常 異常（ ）

◦心雑音（ - + ）

◦腹部 腫瘤（ - + ）

肝 触知せず 触知 cm

脾 触知せず 触知 cm

その他

◦臍ヘルニア（ - + ） ◦血管腫（ - + ）

◦陰の水腫（ - + ） ◦その他異常（ - + ）

診察医

三 宅 医 院

CATNo.

CAT値

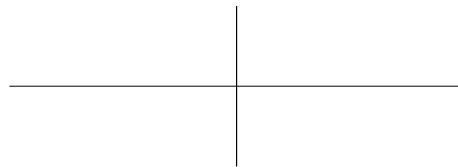
9 ヶ月児用歯科アンケート

年 月 日

フリガナ 氏名		性 別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日 (ヶ月)
第 子	同居の家族	父 ・ 母 ・ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他	
お母さまの氏名		電話番号	
住所	〒		

該当するものに○印をご記入下さい

- (1) 昼間は誰が世話をしていますか？ 保育所・母・祖父母・その他
- (2) 現在の栄養 ア) 授乳は 母乳・混合・人工乳・断乳した
イ) 離乳食は 1回食・2回食・3回食
- (3) 哺乳瓶を使用していますか？ はい・いいえ
- (4) その内容は お茶 ・ミルク・果汁(市販ベビー用・果物で)
湯冷まし ・イオン飲料
- (5) 寝る前や夜中の授乳 していない・時々・毎日
- (6) 歯が生えましたか？ はい (ヶ月頃) ・いいえ
- (7) お口の掃除をしてあげていますか？ 毎日・時々・いいえ
方法は？ 歯ブラシ・ガーゼ・その他
- (8) お子さま用に歯ブラシを持たせていますか？ はい・いいえ
- (9) 気になることや、ご質問があればお書き下さい



フロス	Br.
D	ハロー

ハロー 歯科