９－１０か月健診

年　　月　　日

氏名		男・女	生年月日	R　　年　　月　　日（　　ケ月　　日）

	本日気になることがありますか？
A 既往歴	①　今まで何か大きな病気をしましたか？　ない・ある（　　） ②　今までの健診で何か指摘されたことがありますか？　ない・ある（　　） ③　今までに何か事故を起こしたことがありますか？　ない・ある（　　） （けが・やけど・誤飲など）
B 栄養方法	１日の食事について 哺　乳　①母 乳（　　）　回/日 ②ミルク（　　）　回/日　１回（　　）ml ③母乳飲んでいない 離乳食　（　　）回/日 進み方　①順 調 ②　遅れている　③　始めていない 食べる量 ①子供茶碗に半分以上食べる　②むらがある　③ほとんど食べない
C 発達	①　お座りができる　はい・いいえ ②　ハイハイができる　はい・いいえ ③　小さいものを指でつまむ　はい・いいえ ④　音楽に合わせて手・足を動かす　はい・いいえ ⑤　持っているもの取り上げると抵抗する　はい・いいえ ⑥　歯が生えていますか？　はい　（　　）本・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 ③　コップ・スプーンを自分で使って食べようとする　はい・いいえ ④　かんしゃくを起こす　はい・いいえ （ささいなことで怒ったり泣いたりする）
E 生活面	①　主な保育者　昼　：　夜　： ②　入浴回数　①　毎日　②　隔日　③　それより少ない ③　清潔　①　頭　髪（良・否）　②　爪（良・否）　③　下　着（良・否）

三宅医院 小児科