## 10カ月児健康診査アンケート

1. ハイハイで移動することができますか	はい・いいえ
2. つかまって立っていることができますか	はい・いいえ
3. 指で小さなものをつかみますか	はい・いいえ
4. 手は左右同じように使いますか	はい・いいえ
5. お母さんやお父さんの後追いをしますか	はい・いいえ
6. 視線はよく合いますか(お母さんやお父さんの目をみつめますか)	はい・いいえ
7. 人のものまねをしますか (手や机をたたくなど)	はい・いいえ
8.「ダメ」というと手を引っ込めて親の顔をみますか	はい・いいえ
9. そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きますか	はい・いいえ
10. けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	いいえ・はい
11. 食物アレルギーといわれたことがありますか	いいえ・はい
12. おむつを換えるときに脚の開きが気になることがありますか	いいえ・はい
13. 歯について、生え方、形、色など気になることがありますか	いいえ・はい
14. 昼間おもにどなたが保育していらっしゃいますか	
母 ・ 父 ・ 祖父母 ・ 保育園 ・ そ	の他 ( )
15. 今までに何か事故を起こしたことはありますか	
いいえ	・おこしそうになった・はい
1. けが 2. やけど 3. 転落 (風呂を含めて)	
誤飲(4. タバコ 5. 薬 6. ボタン電池 7. その他(	)
16. お子さんは1日に平均何時間テレビやDVDを見ますか	約(  )時間
お母さんの最近のご様子についてお尋ねします	
17. 育児は楽しいですか はい・	どちらともいえない・いいえ
18. 育児に心配がありますか いいえ	・どちらともいえない・はい
19. 育児は疲れますか いいえ	・どちらともいえない・はい
20. お子さんの一日の生活状況 (起床、食事、睡眠など) を下記のタイ	ムスケジュール表にご記入下さ
い 起 (例) 床	
(例) 床 生活面 ↓ 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	22 24 時
☆	<u> </u>
食事面 □ □ 朝 · □ · □ · □ · □ · □ · □ · □ · □ ·	
食	
21. 離乳食について心配なことはありませんか(例:離乳食が進まない	、ミルクとのバランス、遊び食
べなど)	
Γ	1
L	J
22. 心配なこと、相談したいことがあればご記入下さい	
Γ	1