

# 乳児健診予診表 2歳健診

あだち小児科

受診日 年 月 日

名前 \_\_\_\_\_ (男・女) \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ か月 第 \_\_\_\_\_ 子

出生時体重 \_\_\_\_\_ g

現在の栄養方法：離乳 完了している・母乳/人工乳/混合を1日 \_\_\_\_\_ 回、1回 \_\_\_\_\_ ml

食事 \_\_\_\_\_ 回 おやつ \_\_\_\_\_ 回

どのような食事を食べていますか

( \_\_\_\_\_ )

食事や間食についてご質問はありますか

( \_\_\_\_\_ )

カウプ指数 \_\_\_\_\_ (こちらはスタッフが記入します)

☆予防接種：接種済みのワクチンに○をして下さい

ヒブ①・②・③・④、肺炎球菌①・②・③・④、B型肝炎①・②・③、ロタウイルス①・②・③

四種混合 (DPT+不活化ポリオ) ①・②・③・④、BCG、MR (麻疹風疹)、水痘①・②、

おたふく①・②、その他 ( \_\_\_\_\_ )

☆これまで罹った病気や、医師から何か指摘されたことはありますか (アレルギー、ひきつけ、湿疹等)

ない・ある ( \_\_\_\_\_ )

☆質問事項

1.一人で上手に歩けますか

はい・いいえ

2.一人で走れますか

はい・いいえ

3.して欲しいことや欲しいものを越えや態度で示すことができますか

はい・いいえ

「～を持ってきて」など、簡単な指示を理解して行動できますか

はい・いいえ

4.お友達と一緒に遊べますか

はい・いいえ

5.「ママ、とって」など、2語文のお話は出来ますか

はい・いいえ

6.以下の事柄で気になる事はありますか (○をつけて下さい)

なし・視線が合わない・じっとしていない・夜泣き・痲癢がひどい・寝つきが悪い・偏食  
怖がる・おとなしい・親や周囲の人に無関心・言う事を聞かない

7.保護者がお子様の歯を磨いていますか

はい・いいえ

8.お子様は1日どの位テレビやスマホ、動画などをみますか

合計 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分位

9.どのような生活パターンですか

起床 \_\_\_\_\_ 時頃、就寝 \_\_\_\_\_ 時頃、昼寝 \_\_\_\_\_ 時間

10.昼間は主にどなたが保育していますか

母・父・祖父母・保育園・その他 ( \_\_\_\_\_ )

11.どんな遊びが好きですか

( \_\_\_\_\_ )

12.1日のうちでどの位テレビや動画をみていますか

\_\_\_\_\_ 時間位

～ご両親のご様子についてもお伺いします～

14.育児は楽しいですか

はい・いいえ・どちらともいえない

15.育児は疲れますか

はい・いいえ・どちらともいえない

16.食事や睡眠はとれていますか

はい・いいえ・どちらともいえない

17.育児を手伝ってくれる人はいますか

はい (配偶者・祖父母・友人・その他)・いいえ

18.育児の相談相手はいますか

はい (配偶者・祖父母・友人・その他)・いいえ

19.育児で気になる事 (湿疹等) はありますか

ない・ある ( \_\_\_\_\_ )

20.心配な事、医師に相談したい事をお書きください (何でも結構です) ( \_\_\_\_\_ )