

# 問診票（乳児健診 9-10 ヲ月）

記入日： 年 月 日

フリガナ		生年月日	平成・令和	年	月	日
氏名		男・女	月	日(	才	ヵ月)
住所	〒					
電話番号						

1. 授乳方法で当てはまるものにチェックを入れて下さい。

- 母乳のみ ( 回/日)
- 混合 (母乳 回/日、ミルク ml × /日)
- ミルクのみ ( ml × /日)

2. 離乳食の回数 ( 回/日)

3. 便の回数 ( 回/日)

4. 歯 ( 本)

5. はいはいはできますか？  はい  いいえ

6. 少しの時間ならつかまり立ちができますか？  はい  いいえ

7. ものを指先でつまんだりしますか？  はい  いいえ

8. “あー”、“うー”など声を出しますか？  はい  いいえ

9. お母さん以外だと泣いたりしますか？  はい  いいえ

10. バイバイなどをまねしますか？  はい  いいえ

11. 目の位置や色がおかしいと思うことがありますか？  いいえ  はい

12. 毎日の子育てを助けてくれる人はいますか？  はい  いいえ

13. 何か気になることはありますか？

[ ]

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

\*医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

