

10か月児健診・親子歯科健診 アンケート

事前に記入して、健診にご持参ください。

住所 阿賀野市	連絡先 電話番号		
保護者の氏名	(アンケート記入者)		
ふりがな	性別	男・女	
子どもの氏名	生年月日	H R	年 月 日
質問項目	回答欄		
(該当するものに○又は回答を記入してください。)			
1 今まで具合が悪くてお医者さんにかかったことがありますか。	いいえ	はい	/
「はい」の場合→お医者さんにかかった時期と病名	生後 か月頃 病名		
2 毎日子守りをしている人は、どなたですか。	お母さん	その他()	
就園している場合は園名	()		
3 寝返りをしますか。いつごろからですか。	はい	(か月)	いいえ
4 支えなしでしっかりおすわりができますか。いつごろからですか。	はい	(か月)	いいえ
5 ハイハイをしますか。いつごろからですか。	はい	(か月)	いいえ
6 つかまり立ちをしますか。いつごろからですか。	はい	(か月)	いいえ
7 おもちゃなどさし出すと、手をのばしてとりますか。	はい	いいえ	/
8 指で小さいものをつまむことができますか。	はい	いいえ	/
9 パチパチ・バイバイなど何かマネをしますか。	はい	いいえ	/
10 人見知りをしますか。いつごろからですか。	はい	(か月)	いいえ
11 母親の後追いをしますか。いつごろからですか。	はい	(か月)	いいえ
12 家の人と視線が合いますか。	はい	いいえ	/
13 あやすと喜びますか。	はい	いいえ	/
14 うしろから呼びかけたら、そちらの方をみますか。	はい	いいえ	/
15 母親の顔がわかりますか。	はい	いいえ	/
16 歩行器を使っていますか？(使用中の方は時間を教えてください)	いいえ	はい	(時間)

裏面に続きます

