

9～10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	令和	年 月 日
家族構成 (同居する家族にすべて○をつけてください) 父 母 兄(弟) 姉(妹) 祖父 祖母 曾祖父 曾祖母 その他			
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	母子手帳での 聞こえ確認(健 診で実施)
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

