

Questionnaire for eighteen-Month Old Health Examination

Please fill out this questionnaire prior to the examination and bring it at the day of examination.

Name of Child	()'st child		
Address	Chiyodaku	Male / Female	
Phone No		Date of Birth	/ /
Person who provides daytime care for your child	Mother/()Nursery/Other()		
The examination was held on the age of	()month() days		

①Baby's Condition at Birth Weight()g,Height()cm

②Fill in the approximate times for the activities below.

Wake-up time Breakfast Lunch Nap Dinner Bed-time
 (:) (:) (:) (: to :) (:) (:)

③Has your child ever had a major disease or been hospitalized?

Yes(Sickness) / No

④When was your child able to walk unassisted?

()month

⑤Does your child speak meaningful words such "mommy"or"bye-bye"?

Yes / No

⑥When you show a picture book to your child,does he/she try to point something he/she knows?

Yes / No

⑦Does your child turn around when you call his/her name.

Yes / No

⑧Does your child try to eat himself/herself with a spoon?

Yes / No

⑨Can your child drink water from a cap by himself/herself?

Yes / No

⑩Has your child ever had allergic diseases?

No / Yes (Name of disease)

⑪Is your child still drinking from a bottle or Breastfeeding?

No / Yes(times/day)

⑫Use the space below to write down any concerns about child-raising or any other comments that you have.

()

1歳6か月児健康診査問診票

あらかじめ記入し、健康診断当日にお持ち下さい。

子どもの氏名	()子目		
住所	千代田区	男 / 女	
電話番号		誕生日	/ /
昼間の養育者はだれですか	母/()保育園/その他()		
健康診査時の年齢	()歳()か月		

①出生時の児の状態 体重()g,身長()cm

②生活リズムを書いて下さい。

起床 朝食 昼食 昼寝 夕食 就寝
 (:) (:) (:) (: ~ :) (:) (:)

③今までに大きな病気にかかったり、現在治療中の病気はありますか?

はい() / いいえ

④1人歩きを始めたのはいつですか?

()か月

⑤意味のある言葉をいくつか話しますか?

はい / いいえ

⑥知っているものを聞くと指をさしますか?

はい / いいえ

⑦名前を呼ぶと振り向きますか?

はい / いいえ

⑧スプーンなどを使い自分で食べますか?

はい / いいえ

⑨自分でコップを使って水を飲みますか?

はい / いいえ

⑩今までにアレルギーに関する病気にかかったことはありますか?

いいえ / はい(病名)

⑪母乳または哺乳瓶を使ってミルクを飲んでいますか?

いいえ / はい(回/日)

⑫お子様のことで何か相談したいことがあれば記入して下さい。

()