

【2】1歳6か月児健診問診票①

1岁6个月婴儿健康检查问诊表

请事先填写，并在健康检查当日随身携带。

儿童姓名	第()子		
住址	千代田区	男 / 女	
电话号码		生日	/ /
白天的抚养人是谁?	母/()保育園/其他()		
健康检查时的年龄	()岁()个月		

①出生时的婴儿状态 体重()g, 身高()cm

②请填写生活规律。

起床 (:) 早餐 (:) 午餐 (:) 午睡 (: ~ :) 晚餐 (:) 就寝 (:)

③以往是否患过重大疾病或有目前正在治疗的疾病?

是() / 否

④什么时候开始独立行走?

()个月

⑤是否能说一些有含义的话?

是 / 否

⑥听到知道的东西后是否会用手指?

是 / 否

⑦呼叫姓名后是否会转头?

是 / 否

⑧是否能使用勺子等自己吃东西?

是 / 否

⑨是否能自己使用杯子喝水?

是 / 否

⑩以往是否患过过敏性疾病?

否 / 是(病名)

是否喝母乳或用奶瓶喝牛奶?

否 / 是(次/日)

如对您的孩子有希望咨询的内容，请在下方填写。

()

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めますか?

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)

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)

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。

()