

1歳児 健診 問診票

名前				
月齢	() 歳 () ヶ月			
栄養について	<ul style="list-style-type: none"> ・母乳 <input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んでいない ・人工乳 <input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んでいない ・食事 () 回/日、間食 () 回/日 			
発達について	・つたい歩きをしますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	・ひとりで数秒立てますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	・大人の言う簡単な言葉(おいで、ちょうだいなど)がわかりますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	・パパ、ママなどと言いますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	・小さなものを指先でつまみますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
心配なこと 相談したいこと				
測定 (クリニック記入欄)	体重	g	身長	cm
	胸囲	cm	頭囲	cm

