

1 歳健診

年 月 日

氏名		男・女	生年月日	R	年	月	日	(歳	ヶ月)
----	--	-----	------	---	---	---	---	---	---	-----

	本日気になることがありますか？									
A 既往歴	① 今まで何か大きな病気をしましたか？ ない・ある () ② 今までの健診で何か指摘されたことがありますか？ ない・ある () ③ 今までに何か事故を起こしたことがありますか？ ない・ある () (けが・やけど・誤飲など) ④ 今までに引きつけを起こしたり、意識を失ったことがありますか？ ない・ある (いつ) ④-1 ④で「ある」とこたえた方へ。その際熱はありましたか？ ない・ある ⑤ 現在眼科に通院中ですか？ いいえ・はい 「はい」の方へ通院内容について ()									
B 栄養方法	1日の食事について 哺乳 ①母乳 () 回/日 ②ミルク () 回/日 1回 () ml ③母乳飲んでいない 離乳食 1日の食事 () 回/日 おやつ () 回/日 進み方 ①順調 ②遅れている ③始めている 食べる量 ①子供茶碗に半分以上食べる ②むらがある ③あまりたべない ④偏食がある									
C 発達	① つたい歩きをする。 はい・いいえ ② ひとり歩きをする。 はい・いいえ ③ 指先で小さいものをつかむ。 はい・いいえ ④ 簡単な言葉を理解する。 はい・いいえ ⑤ 自分の欲しいものを取りに行く。 はい・いいえ									
D 育児	① 歯の清潔に心掛けている。 はい・いいえ ② 自分でスプーンを持ち食べようとする はい・いいえ ③ 夜泣きをよくする。 はい・いいえ ④ 人見知りをする はい・いいえ									
E 生活面	① 主な保育者 昼 : 夜 : ② 清潔 ① 頭髪 (良・否) ② 爪 (良・否) ③ 下着 (良・否) ③ 育児態度 ① ふつう ② かまいすぎ ③ かまわない									