

10か月児相談おたずね

おたずね票は、10か月児相談時に記入してお持ちください

生活の記入欄には、前日のお子さんの睡眠・授乳・離乳食の時間とその内容を具体的に記入してください

乳児 氏名	男 女	屋間の 生活場所	自家 他家	母親の職業
生年月日	年 月 日	電話番号	保育園等(施設名)	

	お子さんの 生活の記入欄	お子さんの 離乳食の内容 (間食含む)	
午前0-			
3-			
6-			朝食
9-			
午後12-			昼食
3-			
6-	夕食		
9-			
0-			

食物アレルギーについて気になることが
ありましたらご記入ください

[]

母乳		回
ミルク	ml ×	回
排便回数	日	回
おむつ交換回数		回/日

- 1 人見知りしますか はい いいえ
- 2 お母さんなどが見えなくなると探しますか はい いいえ
- 3 バイバイなど大人の真似をしますか はい いいえ
- 4 大人が指差した方を見ますか はい いいえ
- 5 音楽に合わせて喜んで手足を動かしますか はい いいえ
- 6 小さな物を指でつまみますか はい いいえ
- 7 手の届かないものを 取ろうとしますか はい いいえ
- 8 「いけません」の禁止の動作や言葉に正しく反応しますか はい いいえ

- 9 前へハイハイしますか はい いいえ
()か月頃から ←
- 10 ひとりで座っていられますか はい いいえ
()か月頃から ←

- 11 何かにつかまって立ち上がりますか はい いいえ
- 12 子育てについてどう思いますか(○をつけてください)

大変に思わない

 大変

- 13 あなたの最近の心身の調子はいかがですか
 良好
 良くない

- 14 子育てに協力してくれる人・相談相手がありますか
はい(誰)) いいえ

15 心配なこと、気になることがありましたらご記入ください

[]

- 16 保護者の方は定期的に歯科健診をしていますか

 母親 はい いいえ
 父親 はい いいえ