

10か月児セルフチェック表

おもて

< 以下のことについてチェックしてみましょう >

1 お子さんの健康状態や、子育てについてお聞きします。

① 食事・栄養に関して心配なことがありますか	いいえ	はい	➔ A
② 体重の増え方や身長のことなどで心配がありますか →母子健康手帳の身体発育曲線(予防接種の記録の前にあります)を記録してみましょう	いいえ	はい	
③ 目つきや目がわるいという心配がありますか	いいえ	はい	➔ A
④ 耳の聞こえが悪いという心配がありますか (同封の聞こえの検査【ささやき声テスト】でチェックしてみましょう)	いいえ	はい	

2 お子さんの発達について、はい、いいえのどちらかに○をつけてください。

<運動の発達についての質問です。>

項目	はい	いいえ	➔ A
① 自分で起き上がってすわる			
② 安定してすわり、あそぶ			
③ 自分の力で移動(ずりばい・よつばい・座位のまま移動)する			
④ つかまらせると立てる			
⑤ 自分でつかまって立ち上がる			
⑥ 伝い歩きをする			
⑦ 親指と人さし指で、小さいものをつまむ			

3 次のことがらであてはまることがあるか、はい、いいえのどちらかに○をつけてください。

<社会性の発達についての質問です。>

項目	はい	いいえ	➔ B
① 親の後を追ったり、親がいなくなると泣いたりする			
② 人見知りをした時期がある			
③ 親や他の人の動作のまねをする(手や机をたたくなど)			
④ マンマン、パパパパ、ダァーダァーなどの声を出す			
⑤ だめと言うと手を引っ込めたり、親の顔を見たりする			
⑥ 親が指さした方を見る			
⑦ 機嫌のよい時に親と声を出してやりとりする			

項目	いいえ	はい	➔ B
⑧ 視線が合いづらい			
⑨ 甘えてこない			
⑩ 夜泣きがひどい			
⑪ 抱きにくいと思うことがある			
⑫ 寝つきが悪い			
⑬ かんしゃくがひどい			
⑭ おとなしすぎる			
⑮ よく泣く			
⑯ 要求が少ない			
⑰ 音に敏感なところがある			
⑱ こだわりが強い(例えば)			

4 お子さんの様子やからだ、子育てのことについて相談したい事がありますか。 いいえ はい ➔ A
〔 相談内容 〕

5 ご自身の体調や母乳について相談したい事がありますか。 いいえ はい ➔ A
〔 相談内容 〕

受診の目安

A に○がついています → はい → 保健センターに連絡し、個別健診の受診について相談しましょう

B に○がついていて、心配がある → はい → 保健センターに連絡し、保健師に相談しましょう

いいえ

※なお、心配な項目について、すでに医療機関や相談機関で相談ができている方は受診は不要です。

裏面をご覧ください

受診を希望されない場合は以下の記入は不要です

★10か月児健診（個別健診）を受診される場合は、下記も記入してください。
お住まいの区の保健センターに電話予約が必要です。

※下記の枠内に記載の上、予約日当日に母子健康手帳と一緒に保健センターへお持ちください。

予約日 年 月 日（曜日）： ～ ： ←電話で聞いた予約日を記載しましょう。

このアンケートに記入された方はどなたですか		母親・父親・その他（ ）			
本日の健診、発達相談に同伴された方はどなたですか		母親・父親・祖父母・その他（ ）			
(ふりがな) お子さんの氏名	() 男・女	生年月日	年 月 日生	電話番号	
住 所	札幌市 区				
お子さんは保育園に通っていますか		いいえ・はい（ 保育園 ）			
ご 家 族 ※同居の方を 含みます	家族の氏名	続柄	年 齡 等	健康状態・治療中の病気	職業、学校、幼稚園等
		父	歳	良・治療中（ ）	
		母	歳	良・治療中（ ）	
			年 月 日生 歳	良・治療中（ ）	
			年 月 日生 歳	良・治療中（ ）	
		年 月 日生 歳	良・治療中（ ）		
1 これまで受けた予防接種 ①BCG ②四種混合(1回・2回・3回) ③ヒブ(1回・2回・3回) ④小児用肺炎球菌(1回・2回・3回) ⑤B型肝炎(1回・2回・3回) ⑥その他【ロタ・左記以外()】					
2 今までかかった病気(治ったもの) なし・あり (病名: 医療機関名:)					
3 通院中の病気 なし・あり (病名: 医療機関名:)					
4 ひきつけたこと なし・あり(回数: 回 ひきつけたときの発熱: あり・なし)					
5 離乳食は1日何回ですか 1回目()時頃 2回目()時頃 3回目()時頃 決まっていない 平均して1回の食事はどのくらいですか ごはんやおかずを合わせて 子ども茶碗に()杯くらい					
6 母乳やミルクの回数は何回ですか 離乳食後()回 離乳食以外()回					
7 ミルクの場合1回の量はどのくらいですか 離乳食後()ml 離乳食以外()ml 1日合計()ml					
8 お子さんが食べたことのあるものに○をつけてください ①米 ②パン ③魚 ④肉 ⑤卵黄 ⑥卵白 ⑦豆腐 ⑧納豆 ⑨油 ⑩牛乳・乳製品 ⑪野菜 ⑫果物					
9 お子さんは、甘い飲み物(ジュースや乳酸飲料・スポーツドリンクなど)を週に4回以上飲みますか いいえ・はい					
10 今までに食物アレルギーの症状がでたことがありますか いいえ・はい ①病院を受診した(原因食品は:) ②受診していない ←					

●保健センター連絡先(ご不明な点はお住まいの区の保健センターにお問い合わせください。)

名称	郵便番号	所在地	電話番号
中央保健センター	060-0063	札幌市中央区南3条西11丁目	011-511-7223
北保健センター	001-0025	札幌市北区北25条西6丁目	011-757-1181
東保健センター	065-0010	札幌市東区北10条東7丁目	011-711-3211
白石保健センター	003-8612	札幌市白石区南郷通1丁目南8	011-862-1881
厚別保健センター	004-8612	札幌市厚別区厚別中央1条5丁目	011-895-1881
豊平保健センター	062-8612	札幌市豊平区平岸6条10丁目	011-822-2472
清田保健センター	004-8613	札幌市清田区平岡1条1丁目	011-889-2049
南保健センター	005-0014	札幌市南区真駒内幸町1丁目	011-581-5211
西保健センター	063-0812	札幌市西区琴似2条7丁目	011-621-4241
手稲保健センター	006-8612	札幌市手稲区前田1条11丁目	011-681-1211