

《1ヶ月用》

年 月 日

乳児健診問診票

お子様氏名

生年月日 年 月 日 生 男・女  
生 後 月 日

本日の計測値は次の通りです。

体重 g・身長 cm ・頭囲 cm ・胸囲 cm  
体重増 g/日 Kaup指数  $\text{kg/m}^2$ 

次の質問にお答え下さい。

①栄養は（ 母乳 ・ 混合 ・ 人工 ）です  
ミルク銘柄（ ） 1回量（ cc） 1日（ 回）

②便について

1日（ 回）、又は（ 日）に1回  
硬さは（ 硬 ・ 軟 ・ 泥状 ・ 顆粒状 ・ 粘液状 ）  
白色の便はでませんか。（ する ・ しない ）

③最近の赤ちゃんのことについてお聞きします。

- 1) ミルクをよく飲みますか。 (はい・いいえ)
- 2) 明るい方を見ますか。 (はい・いいえ)
- 3) 寝ていて首の向きを自由に変えますか。 (はい・いいえ)
- 4) 泣いている時に声をかけると泣きやみますか。 (はい・いいえ)
- 5) 便の色が白っぽいことがありますか。 (はい・いいえ)

④タバコを吸う方はおられますか [いいえ・はい→どなた? \_\_\_\_\_]

その他特に気になる事はありますか。医師に質問したい事があれば記入して下さい。