

《4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  
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）

果汁は 1回量（ cc） 1日（ 回）

離乳食：（ ）期食

主食（おもゆ・おかゆ・パンがゆ・ごはん・おじや）

副食（野菜スープ・みそ汁上ずみ・卵黄・全卵・いも類・とうふ・  
レバー・白身魚・鶏肉・牛肉・その他）

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 ）

③最近の赤ちゃんの事についてお聞きします。

1)首は坐っていますか。 (はい・いいえ)

2)あやすと声をたてて笑いますか。 (はい・いいえ)

3)ガラガラを振ったり眺めたりして遊びますか。 (はい・いいえ)

4)手に触れたものをつかみますか。 (はい・いいえ)

5)物をじっと見ますか。 (はい・いいえ)

6)そしてそれを目で追いますか。 (はい・いいえ)

④ テレビ・ビデオなどは1日何時間見ますか。（ ）時間

⑤ タバコを吸う方はおられますか〔なし・あり→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