

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 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最近の赤ちゃんのことについてお聞きします。

- 1) 腰を支えると坐れますか。 (はい・いいえ)
- 2) 抱いているとしきりに顔をいじりますか。 (はい・いいえ)
- 3) 近くのを手を伸ばしてつかみますか。 (はい・いいえ)
- 4) いろいろな物を両手で口へ持っていきますか。 (はい・いいえ)
- 5) 寝返りしますか。 (はい・いいえ)
- 6) 部屋に誰もいなくなると泣きますか。 (はい・いいえ)
- 7) お腹がいっぱいになるとほ乳ビンを払いのけますか。 (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がありますか。医師に質問したい事があれば記入して下さい。