

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 ・ 人工乳 ）です。

ミルク銘柄（ ） 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）に一回

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) 両手をついて背を丸くしてほんのわずかのあいだ坐れますか。 (はい・いいえ)

2) 寝返りをうちますか。

あおむけ→うつぶせ (はい・いいえ)

うつぶせ→あおむけ (はい・いいえ)

3) 腋下を支えて立たせると足をつきますか。 (はい・いいえ)

4) 手を伸ばして玩具をつかみますか。 (はい・いいえ)

5) 母親がいらっしゃいをする、喜んで体を乗りだしますか。 (はい・いいえ)

6) 新聞などを引っ張ってやぶきますか。 (はい・いいえ)

7) 母親が名前を呼ぶと振り向きますか。 (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 ファミコン・スマホ・コンピューター等では1日何時間遊んでいますか。（ ）時間

⑥ 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。