

乳児健診問診票

お子様氏名

生年月日 年 月 日 生 男・女

生 後 歳 ヶ月

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<sup>2</sup>

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）

牛乳1回量（ cc）1日（ 回）

離乳食（ ）期食

：主食（おかゆ・パンがゆ・ごはん・おじや）

：副食（卵黄・全卵・いも類・とうふ・白身魚・鶏肉・牛肉・その他）

：おやつ（カステラ・ウエハース・ビスケット類・果物・その他）

②便について

1日（ 回）、又は（ 日）に一回

③最近の赤ちゃんのことについてお聞きします。

1) 伝い歩きをしますか。 (はい・いいえ)

2) カタカタ、イスなどを押して前へ進みますか。 (はい・いいえ)

3) 両手を引くと歩きますか。 (はい・いいえ)

4) 絵本をめくりみますか。 (はい・いいえ)

5) スプーン、くしなど大人の使っているものを真似して使おうとしますか。 (はい・いいえ)

6) 箱、びんなどのフタを開けたり閉めたりして遊びますか。 (はい・いいえ)

7) 「ちょうだい」、というと物を渡すまねをしますか。 (はい・いいえ)

8) 父や母が出かけるとき、後を追いますか。 (はい・いいえ)

9) ほ乳ビンを自分でもって飲みますか。 (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。