

*太枠内を黒ボールペンでご記入ください

(記入日： 年 月 日)

11か月健診 (月 日) 名前 _____

体重	g	身長	cm	頭囲	cm	胸囲	cm
----	---	----	----	----	----	----	----

- ① つたい歩きまたはカタカタを押して歩きますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ② 両手を引くと歩きますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ③ イヤイヤ、バイバイなどの動作をしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ④ 箱、ビン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・わからない)
- ⑤ ちょうだいをすると渡す真似をしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑥ お母さんやお父さんのあとを追って、泣いたりしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑦ 哺乳びんを自分で持って飲みますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑧ コップの練習をしていますか。 (はい・いいえ ;)
- ⑨ 手づかみやスプーンで自由に食べさせていますか。 (はい・いいえ ;)
- ⑩ 離乳食は何回食ですか。 () 回食：よく食べる / むらがある / あまりたべない
- ⑪ どんな食品を与えていますか。与えているものに○をつけてください。
- Aパン粥 B米粥 C麺類 D芋類 E野菜()
- F肉類() G魚類() H豆腐・納豆 卵白 J卵黄
- K乳製品() L果物() Mベビーフード()
- Nその他()
- ⑫ 離乳食以外の栄養方法について
- 1日の授乳回数は何回ですか。 () 回
- <その内訳は> 1. 母乳だけを () 回
2. 人工乳だけ () ccを () 回
3. 母乳の後、人工乳 () ccを () 回
4. 離乳食の後、人工乳 () ccを () 回
5. 離乳食の後、母乳を () 回
- ⑬ 便の様子はどうか。 () 日に () 回 / 普通便・軟便・硬便
- ⑭ 今までにかかった病気はありますか。 (いいえ・はい :)
- ⑮ 現在病院にかかっていますか。 (いいえ・はい :)
- ⑯ 何か心配なことはありますか。 (いいえ・はい : 下にご記入ください)