

*太枠内を黒ボールペンでご記入ください

(記入日： 年 月 日)

3か月健診 (月 日) 名前 _____

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

- ① たてて抱いても、あまり首がグラグラしなくなりましたか。 (はい・いいえ・わからない)
- ② あやすとよく笑いますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ③ アーアー、ウーウーなどとしきりに声を出しますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ④ 寝ているそばを人が歩くと目で追いますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑤ 声や音のする方向を向きますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑥ 仰向けで、両手を合わせて口に持っていきますか。
- ⑦ お乳をよく飲みますか。 (はい・いいえ・わからない)

1日の授乳回数は何回ですか。 ()回

	方法	回数	授乳にかかる時間
1	母乳	()回	約 分
2	搾乳	()cc×()回	約 分
3	ミルク	()cc×()回	約 分

- ⑧ 便の様子はどうか。
()日に()回
お子さんの便の色は何色ですか。(母子健康手帳の便カードの写真を参考にお答えください)
No. 1・2・3・4・5・6・7
- ⑨ 今までにかかった病気はありますか。 (いいえ・はい)
- ⑩ 今までに入院したことはありますか。 (いいえ・はい)
- ⑪ 現在病院にかかっていますか。 (いいえ・はい)
- ⑫ 赤ちゃんについて、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)

- ⑬ お母さんについて、お尋ねします。
1. この1か月間、気分が沈んだり、憂鬱な気持ちになったりすることがよくありましたか。 (いいえ・はい)
2. この1か月間、どうも物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。 (いいえ・はい)