

4か月健診 ( 月 日) 名前 \_\_\_\_\_

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

- ① たて抱きにすると首を自由にうごかしますか。 (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 物を見て、上の方も追いますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ④ 仰向けから横向きに、半分くらい寝返りしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑤ 自分の手を眺めたり、舐めたりして遊びますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑥ ガラガラを持たせると、少しの間握っていますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑦ 洋服の裾など触れた物をつかみますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑧ 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
- <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
- ⑨ お乳以外に与えているものがありますか。 (はい・いいえ)
- A 湯ざまし ( )ccを ( )回 B 果汁 ( )ccを ( )回
- C スープ ( )ccを ( )回 D その他 ( )
- ⑩ 便の様子はどうか。
- ( )日に ( )回 / 普通便・軟便・硬便 / 緑色便・黄色便・白色便
- ⑪ 今までにかかった病気はありますか。 (いいえ・はい： )
- ⑫ 現在病院にかかっていますか。 (いいえ・はい： )
- 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)
- ⑭ 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)