

*太枠内を黒ボールペンでご記入ください

(記入日： 年 月 日)

8か月健診 (月 日) 名前 _____

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

- ① つかまらせると、しばらく立っていますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ② お座りをして身体をねじって後ろのものを取ろうとしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ③ 仰向けに寝かせておくと、すぐに寝返りを打ちますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ④ 腹ばいで、くるくる回ったり、後ずさりをしたりしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑤ 物を何度も落として喜びますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑥ 人見知りをしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑦ 後ろから名前を呼ぶと振り向きますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑧ お母さんを見ると身体を乗り出し抱いてもらいたがりますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑨ 離乳食を与えていますか。 () 回食：よく食べる / むらがある / あまりたべない
- ⑩ 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()
- ⑪ 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
- ⑫ 便の様子はどうか。 () 日に () 回 / 普通便・軟便・硬便
- ⑬ 今までにかかった病気はありますか。 (いいえ・はい：)
- ⑭ 現在病院にかかっていますか。 (いいえ・はい：)
- ⑮ お母さんの気持ちや体の調子は良い方ですか。 (はい・いいえ：)
- 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)