

\*太枠内を黒ボールペンでご記入ください

(記入日： 年 月 日)

9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 はいはいしますか。 (はい：肘ばい／腹ばい／膝ばい／熊歩き・いいえ・わからない)
- ③ 引き出しを開けていろいろな物を出しますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ④ 床におもちゃや物を落とした時、探しますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑤ お茶碗を両手で口に持っていきますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑥ イヤイヤ、パチパチなどをしてみせると、その真似をしますか。(はい・いいえ・わからない)
- ⑦ 人見知りをしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑧ 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)
- ⑨ お母さんがいなくなると、泣いたりしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑩ 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
- 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 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： )
- ⑰ 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)