

《2ヶ月用》

年 月 日

乳児健診問診票

お子様氏名

生年月日 年 月 日 生 男・女
生 後 ヶ月 日

本日の計測値は次の通りです。

体重 g・身長 cm・頭囲 cm・胸囲 cm
体重増 g/日 Kaup指数 kg/m^2

次の質問にお答え下さい。

①栄養は（ 母乳 ・ 混合 ・ 人工 ）です
ミルク銘柄（ ） 1回量（ cc） 1日（ 回）

②便について

1日（ 回）、又は（ 日）に1回
硬さは（ 硬 ・ 軟 ・ 泥状 ・ 顆粒状 ・ 粘液状 ）
白色の便はでませんか。（ でる ・ でない ）

③最近の赤ちゃんのことについてお聞きします。

- 1) あやすと笑いますか。 (はい・いいえ)
- 2) 興味のある物を見て目で追いますか。 (はい・いいえ)
- 3) アーアー、ウーウーとしきりに声を出しますか。 (はい・いいえ)
- 4) 手を口に持っていきますか。 (はい・いいえ)
- 5) 頸は大分しっかりしていますか。 (はい・いいえ)
- 6) ミルクはよく飲みますか。 (はい・いいえ)

④タバコを吸う方はおられますか〔なし・あり→どなた? _____〕

その他特に気になる事はありますか。医師に質問したい事があれば記入して下さい。