

《3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 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
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 ）

③最近の赤ちゃんのことにについてお聞きします。

- 1) 首は坐っていますか。 (はい・いいえ)
- 2) あやすと笑いますか。 (はい・いいえ)
- 3) アーアーとかウーウーとかしきりに声を出しますか。 (はい・いいえ)
- 4) ガラガラを振ったり眺めたりして遊びますか。 (はい・いいえ)
- 5) 手に触れたものをつかみますか。 (はい・いいえ)
- 6) 手はほとんど開いていますか。 (はい・いいえ)
- 7) 物をじっと見ますか。 (はい・いいえ)
- 8) そしてそれを目で追いますか。 (はい・いいえ)

④ テレビ・ビデオなどは1日何時間見ますか。（ ）時間

⑤ 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。