

《8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/m²

次の質問にお答え下さい。

①栄養は（ 母乳 ・ 混合 ・ 人工乳 ）です。

ミルク銘柄（ ） 1回量（ cc） 1日（ 回）

離乳食（ ）期食

：主食（おもゆ・おかゆ・パンがゆ・ごはん・おじや）

：副食（野菜スープ・みそ汁上ずみ・卵黄・全卵・いも類・とうふ・
レバー・白身魚・鶏肉・牛肉・その他）

②便について

1日（ 回）、又は（ 日）に一回

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ついてお聞きします。

- 1) つかまらせると立っていますか。 (はい・いいえ)
- 2) お座りをして体をねじって後ろのものをとろうとしますか。 (はい・いいえ)
- 3) 仰向けに寝かせておくといやがってすぐに寝返りをしますか。 (はい・いいえ)
- 4) 腹ばいでこのような動作をしますか。 (はい・いいえ)
- 5) 床に落ちている小さなものを指を伸ばして拾おうとしますか。 (はい・いいえ)
- 6) 他の人が食べているものを見てほしがりますか。 (はい・いいえ)
- 7) 物を何度も落として喜びますか。 (はい・いいえ)
- 8) お母さんの顔を見ると体をのりだして抱いてもらいたがりますか。 (はい・いいえ)
- 9) 今までに何か異常があるとされたことがありますか。 (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 ファミコン・スマホ・コンピューター等では1日何時間遊んでいますか。（ ）時間

⑥ 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。