

11 か月健診 (カ月 日)

名前 _____

- ① つたい歩きまたはカタカタを押して歩きますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ② 両手を引くと歩きますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ③ イヤイヤ、バイバイなどの動作をしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ④ 箱、ビンなどのフタを開けたり閉めたりして遊びますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑤ おちょうだいをすると渡す真似をしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑥ お母さんやお父さんのあとを追って泣いたりしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑦ 哺乳ビンを自分で持って飲みますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑧ コップの練習をしていますか。 (はい・いいえ;)
- ⑨ 手づかみやスプーンで自由に食べさせていますか。 (はい・いいえ;)
- ⑩ 離乳食は何回食ですか。 () 回食: よく食べる / むらがある / あまり食べない
- ⑪ どんな食品を与えていますか。与えているものに○をつけて下さい。
- 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 I 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. 母乳のあと人工乳 () cc を () 回
4. 離乳食のあと人工乳 () cc を () 回
5. 離乳食のあと母乳を () 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 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)

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