

1 か月健診 (月 日) 名前 _____

- ① 裸にすると手足をよく動かしますか。 はい・いいえ・わからない
- ② 寝ていて首の向きを自由に変えますか。 はい・いいえ・わからない
- ③ 明るい方を見ますか。 はい・いいえ・わからない
- ④ お母さんの顔をじっと見ますか。 はい・いいえ・わからない
- ⑤ 泣いているときに声をかけると、泣きやみますか。 はい・いいえ・わからない
- ⑥ お乳をよく飲みますか。 はい・いいえ・わからない

1日の授乳回数は何回ですか。()回

	方法	回数	授乳にかかる時間
1	母乳のみ	() 回	約 分
2	搾乳のみ	() cc × () 回	約 分
3	ミルクのみ	() cc × () 回	約 分
4	母乳とミルクか 搾乳を飲んでいる	母乳 () 回と ミルク () cc × () 回 搾乳 () cc × () 回	約 分

- ⑦ 母乳相談室を受診していますか。 いいえ・はい (月 日受診)
- ⑧ 便について
()日に()回
お子さんの便の色は何色ですか。(母子健康手帳の便カードの写真を参考にお答えください)
No. 1・2・3・4・5・6・7
- ⑨ おへそはきれいになりましたか。 はい・いいえ (赤い・出血する・じゅくじゅく)
- ⑩ 今までにかかった病気はありますか。 いいえ・はい(_____)
- ⑪ 現在、病院にかかっていますか。 いいえ・はい(_____)
- ⑫ 退院時処方されたケイツーシロップは上手に飲めましたか。 はい・いいえ
- ⑬ 赤ちゃんについて、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)

⑭お母さんについて、お尋ねします。

1. この1ヶ月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。

いいえ・はい

2. この1か月間、どうも物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。

いいえ・はい

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

育児相談(有・無)
先取り()

退院時より・2週間健診より

g / 日 (g ÷ 日)

次回健診予約 (有 / 無) ミノルタ 1回目 mg/d l 2回目 mg/d l