

2 か月健診 (カ月 日) 名前 _____

- ① 動くものを少しの間、目で追っていますか。 はい・いいえ・わからない
- ② あやすと笑いますか。 はい・いいえ・わからない
- ③ 手を口に持っていきますか。 はい・いいえ・わからない
- ④ 声や音のする方向を向きますか。 はい・いいえ・わからない
- ⑤ アーアー、ウーウーなど泣き声でない声を出しますか。 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 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 今までにかかった病気はありますか。 いいえ・はい()
- ⑩ 今までに入院したことはありますか。 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 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)

- ⑬ 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ヶ月間、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()

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