

3 か月健診 ( 月 日)

名前 \_\_\_\_\_

- ① たてて抱いても、あまり首がグラグラしなくなりましたか。 はい・いいえ・わからない
- ② あやすとよく笑いますか。 はい・いいえ・わからない
- ③ アーアー、ウーウーなどとしきりに声を出しますか。 はい・いいえ・わからない
- ④ 寝ているそばを人が歩くと目で追いますか。 はい・いいえ・わからない
- ⑤ 声や音のする方向を向きますか。 はい・いいえ・わからない
- ⑥ ずっと手をかたく握ったままになっていませんか。 はい・いいえ・わからない
- ⑦ 仰向けで、両手を合わせて口に持っていきますか。 はい・いいえ・わからない
- ⑧ 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

- ⑨ 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

- ⑩ 今までにかかった病気はありますか。 いいえ・はい( )
- ⑪ 今までに入院したことはありますか。 いいえ・はい( )
- ⑫ 現在、病院にかかっていますか。 いいえ・はい( )
- 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)