

6 か月健診 (月 日) 名前

- ① 寝返りしますか。 (はい: 半分まで/仰向け→うつ伏せ/うつ伏せ→仰向け・いいえ)
- ② 両手を前にしてわずかの間座れますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ③ 手を伸ばして欲しいものをつかみにいきますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ④ 手に持ったものをすぐ口に持っていきますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑤ お母さんが名前を呼ぶと振り向きますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑥ お母さんの顔を見ると喜んで身体を乗り出しますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑦ 家族といる時、話しかけるような声を出しますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑧ そばで新聞を読んでいると、引っ張ったり破いたりしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑨ 立たせると、足をピョンピョンしたりついたりしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑩ 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

<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

- ⑪ 離乳食を与えていますか。 () 回食: よく食べる/むらがある/あまり食べない
- ⑫ 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 ()

- 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 お母さんの気持ちや体の調子はよい方ですか。 (はい・いいえ:)
- ⑰ 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
----	---	----	----	----	----	----	----