

※太枠内をボールペンでご記入ください。 (記入日： 年 月 日)

2週間健診 (生後 日) 名前 _____

- ① 入院中、黄だんの治療（光線療法）をしましたか。 いいえ・はい
- ② 手足をよく動かしますか。 いいえ・はい
- ③ おっぱいを力強く飲んでいきますか。 はい・いいえ
- ④ よく吐きますか。 いいえ・はい はいの場合 () 回/日
- ⑤ 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

- ⑥ 母乳相談室を受診していますか。 いいえ・はい (月 日受診)
- ⑦ 便について
() 日に () 回
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
- ⑧ 尿について
1日に () 回以上
- ⑨ 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)

- ⑩ お母さんについて、お尋ねします。
 1. この2週間、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2週間、どうも物事に対して興味がわからない、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

本日の体重 _____ g 退院時より・前回受診 (/) 時より

g / 日

出生体重 (/) _____ g

最低体重 (/ ・生後 日) _____ g

退院時体重 (/ ・生後 日) _____ g (g ÷ 日)

ミノルタ 1回目 mg/d l 2回目 mg/d l