

4 か月健診 ( 月 日)

名前 \_\_\_\_\_

- ① たて抱きにすると首を自由に動かしますか。 (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 物を見て、上の方も追いますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ④ 仰向けから横向きに、半分くらい寝がえりしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑤ 自分の手をながめたり、なめたりして遊びますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑥ ガラガラを持たせると、少しの間握っていますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑦ 洋服のすそなどふれたものをつかみますか。 (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
- <その内訳は> 1. 母乳だけを( )回
2. 人工乳だけ( )ccを( )回
3. 母乳の後人工乳( )ccを( )回
- ⑨ お乳以外に与えているものがありますか。(はい・いいえ)
- A 湯ざまし( )ccを( )回 B 果汁( )ccを( )回
- C スープ( )ccを( )回 D その他( )
- ⑩ 便の様子はどうか。
- ( )日に( )回 / 普通便・軟便・硬便 / 緑色便・黄色便・白色便
- ⑪ 今までにかかった病気はありますか。 (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 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)
- ⑭ 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
----	---	----	----	----	----	----	----