

5 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 手を伸ばして近くのおもちゃをつかみますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ③ いろいろなものを両手で口に持っていきますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ④ 抱いている時、しきりにお母さんの顔をいじりますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑤ お腹がいっぱいになると哺乳ビンを払いのけますか。 (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
 <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
- ⑦ 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()
- ⑧ 離乳食を与えていますか。(はい: 具体的に . いいえ)
- ⑨ 便の様子はどうか。()日に()回 / 普通便・軟便・硬便
- ⑩ 今までにかかった病気はありますか。(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 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)
- ⑬ 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
----	---	----	----	----	----	----	----