

9 か月健診 (カ月 日)

名前 _____

- ① つかまらせると、しばらくの間立っていますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ② はいはいしますか。 (はい：肘ばい／腹ばい／膝ばい／クマ歩き・いいえ・わからない)
- ③ 引き出しを開けていろいろな物を出しますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ④ 床におもちゃや物を落とした時、探しますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑤ お茶碗を両手で口に持っていきますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑥ イヤイヤ、パチパチなどをしてみせると、その真似をしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑦ 人見知りをしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑧ 後ろから名前を呼ぶと振り返りますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑨ お母さんがいなくなると、泣いたりしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑩ 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
- ⑪ 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() L果物() Mベビーフード()
- Nその他 ()
- ⑫ 離乳食以外の栄養方法について
- 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
- 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
----	---	----	----	----	----	----	----