

7か月健診 ( 月 日)

名前 \_\_\_\_\_

- ① ひとりで座っておもちゃを持って遊んでいますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ② 寝返りを打ちますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ③ 立たせると、足をついて少し体重を支えますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ④ 何か欲しいものがあると声を出して要求しますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑤ スプーンを持って自分の口に持っていきこうとしますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑥ 手を伸ばして欲しいものを取り、それで遊びますか。 (はい・いいえ・わからない)
- ⑦ 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)
- ⑧ 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)
- ⑨ 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
- ⑩ 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 ( )
- ⑪ 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
- ⑫ 便の様子はどうか。 ( ) 日に ( ) 回 / 普通便・軟便・硬便
- ⑬ 今までにかかった病気はありますか。 (いいえ・はい: )
- ⑭ 現在病院にかかっていますか。 (いいえ・はい: )
- ⑮ 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: )
- ⑯ 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
----	---	----	----	----	----	----	----