

## 乳児健康診断問診票（生後2～4ヶ月）

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 男児／女児  
健康診断日（本日）は 生後 \_\_\_\_\_ ヶ月 \_\_\_\_\_ 日

- 1 お母さんは妊娠中に感染症にかかったり、高血圧になったりしましたか？  
はい \_\_\_\_\_ いいえ \_\_\_\_\_
- 2 お子さんの在胎週数と出生時体重は？ \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ g
- 3 お子さんは出生時や新生児期に異常はありましたか？  
はい \_\_\_\_\_ いいえ \_\_\_\_\_
- 4 お母さんは赤ちゃんとの生活に慣れましたか？  
はい \_\_\_\_\_ いいえ \_\_\_\_\_
- 5 お子さんの発達について
- 手を口に持って行きますか？  
はい \_\_\_\_\_ いいえ \_\_\_\_\_
- お母さんがあやすと笑いますか？  
はい \_\_\_\_\_ いいえ \_\_\_\_\_
- アー、ウーなどの声を出しますか？  
はい \_\_\_\_\_ いいえ \_\_\_\_\_
- お母さんの目や動くものを見て、目で追いかけますか？  
はい \_\_\_\_\_ いいえ \_\_\_\_\_
- ガラガラなどのおもちゃを少しの間握っていますか？  
はい \_\_\_\_\_ いいえ \_\_\_\_\_
- 腹ばいにすると首を持ち上げますか？  
はい \_\_\_\_\_ いいえ \_\_\_\_\_
- 仰向きから横向きに半分ぐらい寝返りしますか？  
はい \_\_\_\_\_ いいえ \_\_\_\_\_
- ドアの締まる音や大人のくしゃみなどに反応しますか？  
はい \_\_\_\_\_ いいえ \_\_\_\_\_

6 栄養 \_\_\_\_\_ 母乳 \_\_\_\_\_ 回 / 日  
人工乳 \_\_\_\_\_ ml × \_\_\_\_\_ 回 / 日

- 7 現在心配なことや相談したいことがあれば記入して下さい。  
(ミルクや離乳食については栄養士さんに相談できます)