

5から7ヶ月児

健診日 H 年 月 日

お子様の名前		生年月日	H	年	月	日生
愛称		記入者のお名前 続柄				

\*生まれたときの様子について

生まれたときの体重                      ㌔  
 おなかの中にいた期間                      週  
 おなかの中にいたときの異常等 (なし・あり)  
 生まれたときは元気な赤ちゃんでしたか (はい・いいえ)  
 生まれたときのお父さんの年齢                      歳  
 生まれたときのお母さんの年齢                      歳

以下、あてはまる項目に○もしくは記入をしてください。

- \* 離乳食を喜んで食べますか。 ( はい ・ いいえ )
- \* 栄養について。 母乳 ・ 混合 ・ 人工 / 離乳食 ( ー ・ 回 )
- \* 寝返りをしますか。 ( ㌔月 日頃から )
- \* 腹ばいの姿勢で、手足をバタバタさせますか。 ( はい ・ いいえ )
- \* お座りをしますか。 ( ㌔月 日頃から )
- \* からだのそばにある玩具に手をのばしてつかみますか。 ( ㌔月 日頃から )
- \* 家族といっしょにいる時、話しかけるような声をだしますか。 ( ㌔月 日頃から )
- \* ひとみが白く見えたり、黄緑色に光って見えたりすることがありますか。 ( いいえ ・ はい )
- \* 目つきがおかしいとか、明るいところでは眼を閉じてしまうことがありますか。 ( いいえ ・ はい )
- \* 変わった動作(例えば急に首がたれ、うすくまるような動作)をすることがありますか。 ( いいえ ・ はい )
- \* お父さんは遊び相手になったり、家事を手伝ってくれますか。 ( はい ・ いいえ )
- \* お母さんは外出や仕事で育児から離れられることがありますか。 ( はい ・ いいえ )
- \* 最近なにか病気をしましたか。 ( はい ・ いいえ )
  
- \* 育児上何か心配なことがありますか。 ( はい ・ いいえ )
  
- \* 育児は楽しいですか。 ( はい ・ いいえ )

