

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)

