

## 2カ月健診問診票

お子さんのお名前

生年月日

年

月

日

### お子さんの生活についてお聞かせください

栄養についてお聞かせください

母乳 回 1回の時間 分

ミルク mL 回

混合 母乳 回 ミルク mL 回

排泄についてお聞かせください

排便 回/日

排尿 回/日

睡眠についてお聞かせください

寝付きは良い 寝付きが悪い 眠りが浅い

気になることはありますか はい いいえ 「はい」の場合下記からお選びください。

(吐く・飲まない・下痢・便秘・湿疹・目つき・ゼロゼロ・鼻づまり・めやに・その他\_\_\_\_\_)

新生児期に治療が必要な病気にかかったことがありますか。 はい いいえ

「はい」の場合、具体的に病名など教えてください\_\_\_\_\_

### 日中におもにお子さんの世話をする人は誰ですか

母・父・祖母・祖父・知人・保育所・その他\_\_\_\_\_

### お子さんの日常の行動についてうかがいます。

お風呂やおむつを替えるときに手足をよく動かしますか はい いいえ

手は握ったままでなく、時には開いたりしますか はい いいえ

手を口にもって行ってしゃぶりますか はい いいえ

腹ばいにすると、時々頭をあげますか はい いいえ

お母さんの顔を目で追いますか はい いいえ

音に反応しますか はい いいえ

アーアー、ウーウーなどおしゃべりしますか。 はい いいえ

あやすと笑いますか はい いいえ

お子さんを抱きにくいと感じたことはありますか。 はい いいえ

お母さん体調はいかがですか よい・よくない (眠れない、疲れる、食欲がない、ストレスを感じる)

\* ご質問などありましたらご自由にお書きください