6ヵ月健診問診票

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

ミルク　　mL　　回

混合　　母乳　　回　　ミルク　　mL　　回

離乳食ははじめていますか。

□はい　（食べたことのある食材：　　）　□いいえ

排泄についてお聞かせください

排便　　回/日　　便の状態は？　□普通　□固い　□軟らかい□その他

排尿　　回/日

睡眠についてお聞かせください

・1日に何時間くらい寝ていますか　　時間くらい

・睡眠のリズムはいかがですか。　□概ね同じ時間に寝て、起きている　□リズムが決まっていない

お子さんの日常の行動についてうかがいます。

首はしっかりすわっていますか？	□はい	□いいえ
自分で寝返りをしますか？	□はい	□いいえ
支えがあれば座ることができますか？	□はい	□いいえ
自力で座ろうとする様子がありますか？	□はい	□いいえ
両手でおもちゃや物をにぎりますか？	□はい	□いいえ
物をつかんで口に持っていくことがありますか？	□はい	□いいえ
大きな音や家族の声に反応しますか？	□はい	□いいえ
名前を呼ばれると振り向きますか？	□はい	□いいえ
声を出して笑いますか。	□はい	□いいえ
言葉らしい音を出すことがありますか（バブバブ、ダダなど）	□はい	□いいえ
人の顔や物をじっと見つめますか？	□はい	□いいえ

＊お母さんの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