

7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

母乳のみ ミルクのみ 母乳とミルク両方

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

・夜はしっかり寝ていますか

・昼寝の回数は _____ 回/日 何時間くらい寝ていますか _____ 時間くらい

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

寝返りを左右にどちらもできますか。 はい いいえ

自分でお座りできますか? はい いいえ

ずりばいをしますか? はい いいえ

ハイハイをしますか? はい いいえ

つかまり立ちを試みることがありますか? はい いいえ

手で物をつかんだり振ったりしますか? はい いいえ

手に持ったものを口に持って行くことがおおいですか? はい いいえ

指を使って細かい物をつまもうとしますか? はい いいえ

自分から声を出して周囲に反応しますか? はい いいえ

名前を呼ぶと反応しますか? はい いいえ

親や周りの人に笑いかけますか? はい いいえ

* ご質問などありましたらご自由にお書きください