

乳児健診予診表 0-4 か月健診

あだち小児科

受診日 年 月 日

名前 _____ (男・女) _____ か月 第 _____ 子

出生時体重 _____ g 出生時週数 _____ 週 _____ 日

現在の栄養方法：母乳やミルクをよく飲みますか はい・いいえ・ムラがある
をつけて下さい 母乳のみ 授乳回数 _____ 回 _____ 時間ごと・すきなだけ
混合栄養 母乳 _____ 回、人工乳 _____ ml × _____ 回
人工乳のみ _____ ml × _____ 回

便の回数： _____ 回

尿の回数： _____ 回

カウプ指数 _____ (こちらはスタッフが記入します)

☆予防接種：接種済みのワクチンに○をして下さい

ヒブ①・②・③・④、肺炎球菌①・②・③・④、B型肝炎①・②・③、ロタウイルス①・②・③
四種混合 (DPT+不活化ポリオ) ①・②・③・④、BCG、MR (麻疹風疹)、水痘①・②、
おたふく①・②、その他 ()

☆これまで罹った病気や、医師から何か指摘されたことはありますか (湿疹等)

ない・ある ()

☆質問事項

- 1.音のする方を向きますか はい・いいえ
 - 2.首はすわっていますか はい・いいえ
 - 3.あやすと笑いますか はい・いいえ
 - 4.「あー」「くー」という声を出しますか はい・いいえ
 - 5.物を見て目で追いますか はい・いいえ
 - 6.おもちゃを少しの間、握って遊んでいますか はい・いいえ
 - 7.おむつ替えの時に足の開きが気になる事がありますか はい・いいえ
 - 8.湿疹などの様子に心配はありますか はい・いいえ
- ～ご両親のご様子についてもお伺いします～
- 9.育児は楽しいですか はい・いいえ・どちらともいえない
 - 10.育児は疲れますか はい・いいえ・どちらともいえない
 - 11.気分が落ち込むことはありますか はい・いいえ・どちらともいえない
 - 12.食事や睡眠はとれていますか はい・いいえ・どちらともいえない
 - 13.育児を手伝ってくれる人はいますか はい (配偶者・祖父母・友人・その他)・いいえ
 - 14.育児の相談相手はいますか はい (配偶者・祖父母・友人・その他)・いいえ
 - 15.お母様ご自身の体調やお父様のご心配事などありますか はい・いいえ ()
 - 16.育児で気になる事がありますか あったら具体的にお書きください
ない・ある ()
 - 17.ほかに心配な事、医師に相談したい事がありますか (何でも結構です)
心配はない・相談したい ()