

# 乳児健診予診表 5-8 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

離乳食は開始しましたか いいえ・はい 1日 \_\_\_\_\_ 回 \_\_\_\_\_ か月から開始

どの様な離乳食を食べていますか

( \_\_\_\_\_ )

離乳食や間食についてご質問はありますか

( \_\_\_\_\_ )

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、ロタウィルス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 (アレルギー、ひきつけ、湿疹等)

ない・ある ( \_\_\_\_\_ )

☆質問事項

- 1.両手をついてわずかの間座れますか はい・いいえ
- 2.どちらかに寝返りが出来ますか はい・いいえ
- 3.差し出したおもちゃに手を伸ばしてつかみますか はい・いいえ
- 4.名前を呼ぶと振り返りますか はい・いいえ
- 5.「おいで」をすると体を乗り出しますか はい・いいえ
- 6.目の位置がおかしいと感じますか はい・いいえ
- 7.瞳が白っぽく見えますか はい・いいえ
- 8.どのような生活パターンですか 起床 \_\_\_\_\_ 時頃、就寝 \_\_\_\_\_ 時頃、昼寝 \_\_\_\_\_ 時間
- 9.1日のうちで赤ちゃんのそばでテレビや動画どの位ついていますか \_\_\_\_\_ 時間位

～ご両親のご様子についてもお伺いします～

- 10.授乳中や食事中にテレビをつけたままにしたり、スマホを使用していますか はい・いいえ
- 11.育児は楽しいですか はい・いいえ・どちらともいえない
- 12.育児は疲れますか はい・いいえ・どちらともいえない
- 13.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
- 14.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
- 15.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
- 16.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
- 17.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 ( \_\_\_\_\_ )
- 18.育児で気になる事 (湿疹等) はありますか ない・ある ( \_\_\_\_\_ )
- 19.心配な事、医師に相談したい事をお書きください (何でも結構です) ( \_\_\_\_\_ )