

4ヶ月健診

月 日 PNO

ふりがな

氏名

年齢

歳

ヶ月

以下の項目について、記載または○をつけて下さい

お子さんの栄養について教えてください

1日の授乳はいかがですか	母乳のみ(回)・ミルクのみ(回 1回 cc) 混合(母乳 回、ミルク 回 1回 cc)
母乳以外に飲んでいるものがありますか	はい・いいえ
はいと答えた方は何を飲みますか	果汁(cc)・野菜スープ(cc)・重湯(cc)

お子さんの様子を教えてください

生活リズムを教えてください	起床(時 分) 就寝(時 分) 昼寝(回) 入浴 毎日・(日) おき
便の様子を教えてください	1日に(回) 色は(番) 母子手帳を参照して下さい 硬さは、柔らかい・水っぽい・硬い
目が合うと自分の方から笑いかけてくれますか	はい・いいえ・?
あやすと声を出して笑いますか	はい・いいえ・?
音や人の動きで顔を向けますか	はい・いいえ・?
両手を合わせて遊びますか	はい・いいえ・?
自分の服をつかんだり、触ったりしますか	はい・いいえ・?
抱きにくかったり、そりやすいことがありますか	はい・いいえ・?
外気浴・日光浴をさせていますか	はい・いいえ・?

家族構成について教えてください

母 歳 職業	父 歳 職業
お母さんは子どもとよく遊んでいますか	はい・いいえ・?
お父さんは子どもとよく遊んでいますか	はい・いいえ・?
お母さんの体や気持ちの状態はいかがですか	よい・悪い・?
お父さんの体や気持ちの状態はいかがですか	よい・悪い・?
育児をする中で迷ったり悩んだりすることがありますか	はい・いいえ・?
悩みの内容を教えてください	育児に自信がない・育て方が分からない・兄弟の対応 親族の干渉・その他()
ご家庭で困っていることがありますか	はい・いいえ・?
主な保育者は誰ですか (当てはまる方すべてを選択して下さい)	母・父・母方祖父母・父方祖父母・保育園 その他()

前回の健診以降にかかった病気を教えてください

どんな病気にかかりましたか	突発性発疹・引きつけ(痙攣)(回)・小児喘息 RSウイルス感染症・アトピー性皮膚炎 その他()
---------------	---

これまでに受けた予防接種を教えてください

ロタワクチン 回	4種混合ワクチン 回
ヒブワクチン 回	B型肝炎 回
肺炎球菌ワクチン 回	その他 回
BCG	回

当日看護師記載欄

前回健診日： 年 月 日	健診後： 日目	前回の体重【 g】
身長【 cm】	体重【 g】	胸囲【 cm】
増加率【 g/日】	P / F / R()	