

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(<input type="checkbox"/>)・ミルクのみ(<input type="checkbox"/> 1回 cc) 混合(母乳 <input type="checkbox"/> 、ミルク <input type="checkbox"/> 1回 cc)・卒業した
夜間にも、飲みますか	はい 一晩に(<input type="checkbox"/>)・いいえ
1日に何回離乳食を食べていますか	<input type="checkbox"/>
形態を教えてください	細かい刻み・粗刻み・一口大・大人と同じ
どんな物を食べていますか	主食：() 副食：() 魚類()・その他()
もぐもぐは上手にできますか	はい・いいえ・?
おやつは1日に何回、何を食べますか	1日(<input type="checkbox"/>) 内容()

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
伝い歩きはしますか	はい(ヶ月ころから)・いいえ
1人で歩けますか	はい・いいえ・?
音楽やリズムに合わせて体を動かしますか	はい・いいえ・?
おいで、ちょうだいなどの言葉が分かりますか	はい・いいえ・?
最近出ている言葉を教えてください	内容：
引き出しや箱などに物を入れることができますか	はい・いいえ・?
動く物を見つけると指をさして喜びますか	はい・いいえ・?
コップを自分でもって飲めますか	はい・いいえ・?
食事の時にスプーンや箸に興味を持ちますか	はい・いいえ・?
歯磨きはしていますか	はい・いいえ・? 使用しているもの：歯ブラシ・ガーゼ・その他()

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)(<input type="checkbox"/>)・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 <input type="checkbox"/>	4種混合ワクチン <input type="checkbox"/>
ヒブワクチン <input type="checkbox"/>	B型肝炎 <input type="checkbox"/>
肺炎球菌ワクチン <input type="checkbox"/>	水痘 <input type="checkbox"/>
BCG <input type="checkbox"/>	おたふく <input type="checkbox"/>
MRワクチン <input type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/>

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】		頭囲【 cm】
		P / F / R()