

1 か月健診

年 月 日

氏名		男・女	生年月日	R	年	月	日 (月 日)
----	--	-----	------	---	---	---	----------

	本日気になることはありますか？						
A 既往歴	① 今まで何か大きな病気をしましたか？ ない・ある () ② 今までの健診で何か指摘されたことがありますか？ ない・ある () ③ 今までに何か事故を起こしたことがありますか？ ない・ある () (けが・やけど・誤飲など)						
B 栄養方法	① 母乳のみ () 回/日 1回()分 搾乳 () 回/日 1回()ml ② ミルクのみ () 回/日 1回()ml ③ 混 合 母乳 () 回/日 ミルク() 回/日 1回()ml 搾乳 () 回/日 1回()ml						
C 発達	① 腹ばいになると2〜3秒顎を持ち上げますか。 はい・いいえ ② 大きな物音がするとビクッとしますか。 はい・いいえ ③ 電気をつけると、まぶしそうにしますか。 はい・いいえ ④ 手足をよく動かしますか。 はい・いいえ						
D 育児	① お風呂・授乳・泣いたときに青くなる。 ない・ある ② お乳の飲みが悪い。 ない・ある ③ お乳をよく吐く。 ない・ある ④ 眠りが浅い。 ない・ある ⑤ 便秘がち、浣腸しないと便が出ない。 ない・ある ⑥ 湿疹・おむつかぶれがある。 ない・ある ⑦ おへそがジクジクしている。 ない・ある ⑧ いつもゼイゼイいってる。 ない・ある ⑨ いつも涙が出ている。 ない・ある						
E 生活面	① 主な保育者 昼 : 夜 : ② 入浴回数 ① 毎日 ② 隔日 ③ それより少ない ③ 清潔 ① 頭髪(良・否) ② 爪(良・否) ③ 下着(良・否)						

