3－4か月健診

年　月　日

氏名		男・女	生年月日	R　年　月　日（　ケ月　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
	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　首が座っている。　はい・いいえ
	②　おもちゃなどを少しの間にぎる。　はい・いいえ
	③　機嫌の良い時、アーアー・ウクンウクンと言う。　はい・いいえ
	④　動くのもを目で追う。　はい・いいえ
	⑤　お母さんの声を聞き分ける。　はい・いいえ
	⑥　あやすと笑う。　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　眠りが浅く夜泣きをする。　ない・ある
	③　お乳をよく吐く。　ない・ある
	④　お乳の飲みが悪い。　ない・ある
	⑤　頭の形がいびつである。　ない・ある
	⑥　便秘がち、浣腸しないと便が出ない。　ない・ある
	⑦　湿疹・おむつかぶれがある。　ない・ある
E 生活面	①　主な保育者　昼　：　夜　：
	②　清　潔　①　頭　髪（良・否）　②　爪（良・否）　③　下　着（良・否）
	③　育　児　①　ふつう　②　かまいすぎ　③　かまわない