

6 - 7 か月健診

年 月 日

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

	本日気になることがありますか？			
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？ (けが・やけど・誤飲など)	ない・ある ()		
B 栄養方法	哺乳 <input type="radio"/> 母乳のみ <input type="radio"/> 混合 <input type="radio"/> ミルクのみ ① 母乳 () 回/日 ② ミルク () 回/日 1回()ml 離乳食 未実施・() 回/日 進み方 ① 順調 ② 遅れている ③ 始めていない			
C 発達	① 手を伸ばして物をつかむ。	はい・いいえ		
	② 寝返りをする。	はい・いいえ		
	③ 歯は生えていますか？	はい () 本・いいえ		
D 育児	① 眠りが浅く夜泣きをする	はい・いいえ		
	② 離乳食が上手く飲み込めない。よくむせて吐く。	はい・いいえ		
	③ 動きが鈍い、又は動きがおかしい。	はい・いいえ		
	④ 便がゆるく下痢しやすい。	はい・いいえ		
	⑤ 便秘がち、浣腸しないと便が出ない。	はい・いいえ		
	⑥ いつもゼイゼイいっている。	はい・いいえ		
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)			