

おのづかこどもクリニック

●小児科 ●新生児内科 ●アレルギー科

乳児健診

予防接種

育児相談



一カ月健診 番号

お名前 _____ 男・女 _____ 年 月 日生

体重 g、身長 cm、頭囲 cm、胸囲 cm

※体重・身長・頭囲・胸囲は医院で計測しますので空欄のままにしておいて下さい

母乳のみ (1日 _____ 回ぐらい)

混合栄養 (母乳 _____ 回ぐらい、人工乳 mL× _____ 回ぐらい)

人工乳のみ (_____ mL× _____ 回ぐらい)

・ 便の色は、母子手帳の _____ 番

・ 一人でほほえみますか？ はい いいえ

・ 大きな音にビクッとしますか？ はい いいえ

・ 光があたるとまぶしそうにしますか？ はい いいえ

・ その他気になる事はありますか？

有難うございました。