

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



6～7ヵ月健診 番号

ふりがな

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・胸囲は医院で測定し記入しますので空欄のままにしておいてください

Kaup 指数：

- 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）
 離乳食 _____ 回

- ・おすわりできますか？ はい いいえ
- ・ねがえりをしますか？ はい いいえ
- ・差し出したものを、手をのばしてつかみますか？ はい いいえ
- ・ものを左右の手で持ちかえますか？ はい いいえ
- ・呼びかけると振り向きますか？ はい いいえ
- ・目の位置がおかしいと感じますか？ はい いいえ
- ・瞳が白っぽくみえますか？ 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。