

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



9～10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

- ・つかまり立ちをしますか？ はい いいえ
- ・ハイハイをしますか？ はい いいえ
- ・「いやいや」「ぱちぱち」などまねしますか？ はい いいえ
- ・「ダーダー」「バーバー」などといえますか？ はい いいえ
- ・呼びかけると振り向きますか？ はい いいえ
- ・人見知りしますか？ はい いいえ
- ・「だめ」というと手を引っ込め顔をみますか？ 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。