

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



1歳健診 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)
 食事 _____ 回

- つたい歩きをしますか？ はい いいえ
- ひとりで立ちますか？ はい いいえ
- 両手を引くと歩きますか？ はい いいえ
- 「ダダ」「ママ」「パパ」などといえますか？ はい いいえ
- 「いないいないばあ」などに反応しますか？ はい いいえ
- 名前を呼ぶと振り向きますか？ はい いいえ
- その他気になる事はありませんか？

有難うございました。