

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

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

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。