

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 歳時健診 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)
 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せんか? 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。