

6～7ヶ月児 健診 問診票

名前				
月齢	() 歳 () ヶ月			
栄養について	<input type="checkbox"/> 母乳のみ (回/日) <input type="checkbox"/> 混合栄養 (母乳: ml × 回/日、人工乳: ml × 回/日) <input type="checkbox"/> 人工乳のみ (ml × 回/日) <input type="checkbox"/> 離乳食 回/日			
発達について	・寝返りはできますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	・ひとりすわりができますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	・「ダーダー」「ブーブー」などの話しかけるような声を出しますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	・近くにあるおもちゃに手を伸ばしてつかみますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	・おもちゃを左右の手で持ち替えますか？			
	・テレビやラジオの音の方を見ますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	・目が白く見えたり、黄緑色に光って見えたりしますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
心配なこと 相談したいこと				
測定 (クリニック記入欄)	体重	g	身長	cm
	胸囲	cm	頭囲	cm

