

1 カ月健診問診票

氏名

出生時体重 _____ g

妊娠中に問題がありましたか？ はい () いいえ

出産の時に問題がありましたか？ はい () いいえ

生まれてから問題がありましたか？ はい () いいえ

栄養方法は？ 母乳 1日 回(1回 分位) 粉ミルク 1日 回(1回 cc位)

1) お乳をよく飲みますか。 はい いいえ

2) 裸にすると手足をバタバタしますか。 はい いいえ

3) 大きな音にビクッと、手足を伸ばしたり、泣き出したりすることがありますか。 はい いいえ

4) あなた(お母さん)の顔やおもちゃを見つめるようになりましたか。 はい いいえ

5) 泣いているときに声をかけると泣きやみますか。 はい いいえ

6) おへそはかわいていますか。 はい いいえ

7) うすい黄色、もしくは灰白色の便がつづいていますか。 はい いいえ

8) 泣いたりお乳を飲んでる時に顔色が悪く(紫色に)なりますか。 はい いいえ

9) からだがかたかったり、そりくりかえりやびくつきが多いですか。 はい いいえ

10) 泣き声に元気がありますか。 はい いいえ

11) 泣いて力んだ時など、股の部分に「こぶ」ができますか。 はい いいえ

12) 今までに何か病気をしましたか。 はい いいえ

13) 育児上何か心配なことがありますか。 はい いいえ