

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



3～4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)
- ・便の色は、母子手帳の _____ 番

・音のする方を向きますか？ はい いいえ

・首はすわっていますか？ はい いいえ

・あやすと笑いますか？ はい いいえ

・「アー」「クー」というような声をだしますか？ はい いいえ

・ものを見て追いますか？ 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。