



# 1か月健診



ふりがな \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女

生年月日 平成 年 月 日

当院初診または変更のあった方のみご記入ください

ご住所 〒 (       -       )

お電話 (       ) -      

## ✿ ご記入ください ✿

- ① 授乳方法を教えてください     …… 母乳のみ     母乳+ミルク     ミルクのみ  
人工ミルクを飲んでいる方は**1日量**を教えてください …… (       ) ~ (       ) ml
- ② 授乳間隔はどのくらいですか     …… 2時間以下     2~3時間     3時間以上
- ③ 便の回数はどのくらいですか     …… 1日に (       ) 回     または (       ) 日に1回
- ④ 便の色は何色ですか     …… (       ) 色  
母子手帳に色見本があればその番号をお書きください …… (       ) 番
- ⑤ 元気な声で泣きますか     …… はい     いいえ
- ⑥ 裸にしたときに手足を良く動かしますか     …… はい     いいえ
- ⑦ お母さんの顔をじっと見つめますか     …… はい     いいえ
- ⑧ 大きな音にびっくりしますか     …… はい     いいえ
- ⑨ 最近、お母さんの気分がすぐれない、何もやる気がおきない、涙もろくなった等がありますか  
…… いいえ     ときどき     はい
- ⑩ 育児は楽しいですか     …… はい     どちらでもない     いいえ
- ⑪ 育児を手伝ってくれる人や相談相手はいますか     …… はい     いいえ
- ⑫ 赤ちゃんのことや授乳のことなど、気になっていることがあればお書きください

Large empty bracketed area for additional notes.

## ✿ 小児科からのお願い ✿

- 健診当日は、**ご予約の10分~15分前**にお越しください（診察前に計測をさせていただきます）
- **この用紙はあらかじめご記入の上**、受付にお渡しください
- ご予約が取りにくい場合はお電話ください Tel072-720-7172
- お子様のお名前が決まりましたら、**母子手帳表紙**にも記入しましょう！