



5 - 6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 離乳食は . . . 準備期 1回/日 2回/日
離乳食以外は . . . 母乳 混合 ミルク
- ② 便の回数ほどのくらいですか . . . 1日に (_____) 回 または (_____) 日に1回
- ③ あやすと笑いますか . . . はい いいえ
- ④ 周囲に関心を示して「アウー」「ブー」などの声を出しますか . . . はい いいえ
- ⑤ おもちゃなどに手を出してつかみますか . . . はい いいえ
- ⑥ 積木について
手に取った後、口に持っていきますか . . . はい いいえ
反対の手に持ち替えますか . . . はい いいえ
- ⑦ 首はすわりましたか . . . はい (_____) カ月頃 まだすわっていない
- ⑧ 寝返りしますか . . . はい (_____) カ月頃 少し助ければできる まだ
- ⑨ お座りはしますか . . . 支えなしで可 支えれば可 まだ
- ⑩ 育児は楽しいですか . . . はい どちらでもない いいえ
- ⑪ 心配や疲れはありますか . . . いいえ どちらでもない はい
- ⑫ 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
- ⑬ お子様のことや離乳食のことなど、気になっていることがあればお書きください

🌸 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
- お子様のお名前は、母子手帳表紙にも記入しましょう！