



7 - 8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 . . . 1回/日 2回/日 3回/日
 離乳食以外は . . . 母乳 混合 ミルク
- ② 便の回数はどのくらいですか . . . 1日に () 回 または () 日に1回
- ③ 周囲の人に向かって声を出しますか . . . はい いいえ
- ④ 名前を呼ばれると反応しますか . . . はい いいえ
- ⑤ おもちゃなどをつかもうとしますか . . . 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 首はいつ頃すわりましたか . . . () カ月頃 まだすわっていない
- ⑧ 寝返りはしますか . . . 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 () カ月頃 支えれば可 () カ月頃 まだ
- ⑩ ハイハイは . . . 高バイ () カ月頃 すりバイ () カ月頃 まだ
- ⑪ 育児は楽しいですか . . . はい どちらでもない いいえ
- ⑫ 心配や疲れはありますか . . . いいえ どちらでもない はい
- ⑬ 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
- ⑭ 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

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、受付にお渡しく下さい
- ご予約が取りにくい場合はお電話ください TEL072-720-7172
- お子様のお名は、母子手帳表紙にも記入しましょう！