

1 ヶ月 児 用

年 月 日

太枠内を記入して下さい

氏名		男・女	生年月日	年 月 日生 (満 月 日)
----	--	-----	------	----------------

A : 今までに何か病気をしましたか。			
B 現在の 栄養	1. 母乳のみ		回 / 1日
	2. ミルクのみ	1回量 ml ×	回 / 1日
	3. 混 合	{	母乳
	ミルク 1回量		ml × 回 / 1日
C 発 達	1. 腹ばいにすると2〜3秒顎を持ち上げる。	は い	いいえ
	2. 大きな物音がするとビクッとしますか。	は い	いいえ
	3. 電気をつけると、まぶしそうにする。	は い	いいえ
	4. 手足をよく動かす。	は い	いいえ
D 育 児	1. お風呂・授乳・泣いたときに青くなる。	な い	あ る
	2. 乳の飲みがわるい。	な い	あ る
	3. 乳をよく吐く。	な い	あ る
	4. 眠りがあさい。	な い	あ る
	5. 便がゆるく下痢しやすい。	な い	あ る
	6. 便秘がちで浣腸しないと便が出ない。	な い	あ る
	7. 湿疹・おむつかぶれがある。	な い	あ る
	8. おへそがじくじくしている	な い	あ る
	9. いつもぜいぜい言っている。	な い	あ る
	10. いつも涙が出ている。	な い	あ る
E 生活 面	1. 主な保育者	昼 :	夜 :
	2. 入浴回数 :	① 毎日 ② 隔日 ③ それより少ない	
	3. 清 潔 :	① 頭髪 (良・否) ② 爪 (良・否) ③ 下着 (良・否)	
F : その他に心配なこと。			

診察医 _____