

1ヶ月健診問診票

お名前

生年月日： 年 月 日

看護師記載欄

出生： 週 日 / 出生体重 g / アプガースコア 点・点
今日は M day (本日の体重 g： g/日増)

①お子さまについて教えてください。

*先天性疾患・慢性疾患はありますか？

本人：ない ・ ある(詳細

血縁者：ない ・ ある(詳細

*現在の食事等の状況を教えてください。

母乳 ・ ミルク ・ 両方 を飲んでいる。

1回量は _____ ml (_____ 分) で、1日に _____ 回

哺乳後に 毎回嘔吐する ・ たまに嘔吐する ・ ほとんど嘔吐しない

排気(げっぷ)は うまくでる ・ まあまあでる ・ うまくでない

体をつっぱるような様子・・・ない ・ ある(詳細： _____)

体に力が入らないような様子(グニャグニャ)・・・ない ・ ある(詳細： _____)

お子さまと、視線が 合う ・ 合わない ・ よくわからない

お子さまは 笑ってくれる ・ あまり笑わない ・ よくわからない



②今お困りのこと・相談したいことなどがありましたら、ご記入ください。



ご記入ありがとうございました。

このあと身体計測(身長・体重・頭囲・胸囲)を行い、医師の診察になります。

しばらくお待ちください。



あぐい小児科クリニック