

2週間・1ヶ月

# 乳児健診問診票

来院日 年 月 日 (生後 日目) ID: \_\_\_\_\_

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日 西暦 年 月 日

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL ① \_\_\_\_\_ (母・父・他 \_\_\_\_\_)

TEL ② \_\_\_\_\_ (母・父・他 \_\_\_\_\_) 在胎週数 週 日

**\* 太枠内をご記入ください**

	体 重	身 長	胸 囲	◎ 頭 囲
出 生 時	g	cm	cm	cm
日 目		ビリルビン値	・ Ht	%
生 後 日 目				
増 加 量				
増加量 / 1日				

**\* 該当するものに○をつけてご記入ください**

聴 覚 検 査	新生児聴覚スクリーニング検査をパスしていますか	はい ・ いいえ
視 覚	明るいところでまぶしそうにしますか	はい ・ いいえ
母 乳	1回に ( ) 分間吸わせ、 ( ) 時間ごとに 1日 ( ) 回飲ませている 授乳間隔 : 規則正しい ・ 不規則	
人 工 乳 (ミ ル ク)	1回に ( ) mlを ( ) 時間ごとに 1日 ( ) 回飲ませている	
う ん ち	1日 ( ) 回 ・ (正常・下痢ぎみ・便秘ぎみ) ・ 便の色 ( )	
おむつかぶれ	なし ・ あり ⇒ (どこに )	
お へ そ	乾 燥 ・ じゅくじゅくしている	
首の動き	どちらでも動く ・ 一方のみ ・ しこりがある	
湿 疹	なし ・ あり ⇒ (どこに )	
吐 乳	なし ・ あり ⇒ (1日 回 色 )	
身内で先天性股関節脱臼のあった人	: なし ・ あり	

**\* ご質問があればご記入ください**

**HUG HUG**  
KIDS CLINIC

