小児科乳児健診

令和　　年　　月　　日

№.　　ID　　名前　　歳　　ヶ月健診

事前のご記入をよろしくお願いいたします。

※体重等は医院で計測しますので空欄のままにしておいて下さい。

身長　　ｃｍ

体重　　ｇ

頭囲　　ｃｍ

胸囲　　ｃｍ

カウプ

○家族構成・同居（年齢）

※一緒に住んでいる人を○で囲んで下さい。

兄弟・姉妹は（　）内に年齢とともに記入してください。

・父・母　　・兄（　　才）・弟（　　才）・姉（　　才）　・妹　（　　才）

・兄（　　才）・弟（　　才）・姉（　　才）　・妹　（　　才）

・父方の祖父　　・母方の祖父

・父方の祖母　　・母方の祖母　　その他（　　）【　　人家族】

○一日の過ごし方

・起床時間（　　）　・就寝時間（　　）

・排便回数（　　）回／（　）日

・母乳回数（　　）回／日　・離乳食　（　　）回／日

・ミルク　１回（　　）ｃｃ　１日（　　）回　ミルク名（　　）

・おやつ　（　　）時　どんなもの（　　）

○気になる事・本日聞きたいことがありましたご記入ください。

- 発育、発達について（　　）
- ミルク、母乳について（　　）
- 離乳食について　（　　）
- 予防接種について（　　）
- その他　　（　　）

ご協力有難うございます。

清音クリニック