

# 乳児健診問診表（1ヶ月）

お名前（）

1ヶ月 十 日目

一度でも行った事のある場合は（はい）にしてください

- |                          |          |
|--------------------------|----------|
| 1・ミルクをよく飲みますか（母乳・混合・人工乳） | （はい・いいえ） |
| 2・明るい方を見ますか              | （はい・いいえ） |
| 3・寝ていて首の向きを自由に変えますか      | （はい・いいえ） |
| 4・泣いている時に声をかけると泣きやみますか   | （はい・いいえ） |
| 5・機嫌がいつも悪いですか            | （はい・いいえ） |
| 6・特に心配していることがありますか       | （はい・いいえ） |

---

先生に聞きたい事がありましたらお書き下さい