

乳児健診問診表（2ヶ月）

お名前（）

2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・アーアー・ウーウーとか言ってお喋りしますか | （はい・いいえ） |
| 3・ガラガラ・メリーゴーランドなどを見ますか | （はい・いいえ） |
| 4・手を口に持って行って、しゃぶりますか | （はい・いいえ） |
| 5・笑いますか | （はい・いいえ） |
| 6・音のする方を瞬間的に向きますか | （はい・いいえ） |
| 7・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