

乳児健診問診表（4ヶ月）

お名前（ ）

4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）
また、ミルク以外に何か与えていますか（ ）
（はい・いいえ）
- 2・首はすわっていますか
（はい・いいえ）
- 3・あやすと声を立てて笑いますか
（はい・いいえ）
- 4・ガラガラをふったり、眺めたりして遊びますか
（はい・いいえ）
- 5・手にふれた物は、つかみますか
（はい・いいえ）
- 6・両手でいじりながらよく遊んでいますか
（はい・いいえ）
- 7・物をよく見ますか 良く追いますか
（はい・いいえ）
- 8・仰向きから横向きに半分寝返りしますか
（はい・いいえ）
- 9・今までに何か異常があると言われたり、気にな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