

乳児健診問診表（5ヶ月）

お名前（ ）

5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・いろいろな物を両手で口へ持っていきますか (はい・いいえ)
- 2・抱いている時に、顔をいじりますか (はい・いいえ)
- 3・近くの物を手を伸ばしてつかみますか (はい・いいえ)
- 4・お部屋に誰もいなくなると泣きますか (はい・いいえ)
- 5・お腹がいっぱいになると哺乳瓶をはらいのけますか (はい・いいえ)
- 6・寝返りをしますか (はい・いいえ)
- 7・離乳食を開始しましたか (はい・いいえ)
- 8・今までに、何か異常があると言われたり、何か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