2週間健診　　日齢　　日目

ID　　名前　　男・女　第　　子

※太枠内のみご記入ください。

★授乳方法・授乳時間・一日の回数

授乳方法（ 母乳 ・ ミルク ・ 混合 ）　授乳時間　　分 ／ 回

母乳　　回 ／ 日　ミルク　　回 ／ 日　ミルク量　　ml／回

1日量　　ml

★よく飲んでくれますか（ はい ・ いいえ ）　★吐き戻しますか？（ いいえ ・ はい ）

はいの場合、　　回／ 日

★便の回数　　回／ 日　色　　番　状態（やわらかい ・ 水っぽい ・ ゆるい）

★尿の回数　　回／ 日　★臍の状態（ 乾いている ・ ジクジクしている ）

★手足を良く動かしますか？（ はい ・ いいえ ）

★赤ちゃんのことで何か心配なことありますか？

★1カ月健診は、どこで受けられますか？（母:　　子:　　）

家族構成　父・母・兄・姉・祖父・祖母・その他（　　）　同居【 有 ・ 無 】

サポートしてくれる人（ いない ・ いる＜誰？　　＞

喫煙者（ いない ・ いる＜誰？　　＞

©医）横田小児科医院