

1ヶ月健診カルテ

年 月 日

フリガナ
氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

*母乳またはミルクをよく飲みますか

1日に

母乳のみ		回
ミルクのみ	ml ×	回
混合 母乳	回 + ミルク	ml × 回

(排便 回) (便の色 番)

便の色は、母子手帳のカラーコードの番号を書いてください

*明るい方を見ますか

はい いいえ

*寝ていて首の向きを自由に変えますか

はい いいえ

*声をかけると泣きやみますか

はい いいえ

*機嫌がいつも悪いですか

はい いいえ

*心配なことがありましたら下にご書いてください

[_____]

所見

体重	g	身長	cm	頭囲	cm	胸囲	cm
カウプ指数		平均体重増加	g/day				

栄養についてのアンケート

心配な事を何でも相談してください。栄養士がご相談にのります。

相談したい項目があれば○をつけてください。

- ① () 母乳やミルクについて
- ② () 離乳食の作り方、メニューについて
- ③ () 離乳食のすすめ方について
- ④ こんなことで悩んでいませんか?
() 食べない () 食べムラ () 偏食 () 遊び食べ
- ⑤ その他 [_____]
- ⑥ () 特になし

(指導内容)