

## 2 ～ 3 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
<b>(排便 回)</b>		<b>(便の色 番)</b>
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		

- |                           |    |     |
|---------------------------|----|-----|
| *アーアー、ウーウー、と言っておしゃべりをしますか | はい | いいえ |
| *手を口に持って行ってしゃぶりますか        | はい | いいえ |
| *首はしっかりしてきていますか           | はい | いいえ |
| *あやすと笑いますか                | はい | いいえ |
| *ものを見て目で追いますか             | はい | いいえ |
| *おもちゃを持たせると少しの間持っていますか    | はい | いいえ |
| *心配なことがありましたら下に書いてください    |    |     |

[ ]

所見

体重	g	身長	cm	頭囲	cm	胸囲	cm	カウプ指数
----	---	----	----	----	----	----	----	-------

### 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すか？  
( ) 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 )