

# 1歳6ヶ月健診カルテ

年 月 日

フリガナ氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

- \*ころばないで上手に歩きますか はい いいえ
- \*手を引いて階段を上がれますか はい いいえ
- \*絵本を見て知っているものを指さしますか はい いいえ
- \*自動車、人形などで遊びますか はい いいえ
- \*興味のある単語をいいますか はい どんな言葉を話しますか (
- いいえ )
- \*大人の言うことを理解していますか はい いいえ
- ダメ、ポイしてきて、とってきてなど
- \*名前を呼んで返事をしますか はい いいえ
- \*ストロー・コップをつかいますか はい いいえ
- \*スプーン・フォークをもちますか はい いいえ
- \*食事は1日3回よく食べていますか はい いいえ

母乳 回  
ミルク ml × 回

\*排便 回/1日

\*朝 起きる時間 \_\_\_\_\_ 時頃 / 夜 寝る時間 \_\_\_\_\_ 時頃

\*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	k g	身長	. cm	頭囲	. cm
----	-----	----	------	----	------

## 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 )