1～3　か月(　　)か月(　　)日　お名前(　　)

① 出生前後で何か異常はありましたか？　　いいえ
はい(　　)

② 突然に音がしたときにびっくりしますか？　　はい・いいえ・わからない

③ 手足をよく動かしますか？　　はい・いいえ・わからない

④ 目でものをみている様子はありますか？　　はい・いいえ・わからない

⑤ 目つきや目の動きがおかしいと気になりますか？　　はい・いいえ・わからない

⑥ 1日の授乳回数は何回ですか？　(　　)回
＜内訳は＞
母乳だけ（　　)回
ミルクだけ　(　　)回
母乳のあとミルク（　　)cc を（　　)回
離乳食のあとミルク（　　)cc を（　　)回
離乳食のあと母乳を（　　)回

⑦ 便の様子はどうですか？
(　　)日に（　　)回　　普通便 ・ 軟便 ・ 硬便

⑧ 今までにかかった病気はありますか？　(いいえ・はい:　　)

⑨ 現在病院にかかっていますか？　　(いいえ・はい:　　)

⑩ 子育てに関して不安や困難を感じていますか？(はい・いいえ:　　)

⑪ 相談できる人はいますか？（はい・いいえ）

⑫ 何か心配なことはありますか？(いいえ・はい:下にご記入ください)