

8~9 か月()か月()日 お名前()

① 寝返りは上手にできますか？ はい・いいえ・わからない

② お座りはできますか？ はい・いいえ・わからない

③ つかまり立ちができますか？ はい・いいえ・わからない

④ ものの動きを目で追いますか？ はい・いいえ・わからない

⑤ うしろから呼ぶと振り向きますか？ はい・いいえ・わからない

⑥ だめっと言うと、手を引っ込めたり泣いたりしますか？ はい・いいえ・わからない

⑦ どんな食品を食べていますか？

おかゆ・パンがゆ・めん類・いも類・野菜・肉類・魚類・大豆製品・
乳製品・卵黄・卵白・果物・甲殻類・木の実類・ピーナッツ・そば

⑧ 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

⑨ 便の様子はどうですか？

()日に ()回 普通便・軟便・硬便

⑩ 今までにかかった病気はありますか？ (いいえ・はい：)

⑪ 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)



ぽにーこども クリニック
井土ヶ谷