

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