

6～7 か月( )か月( )日 お名前 ( )

- ① 寝返りをしますか？ はい・いいえ・わからない
- ② ひとりですわりますか？ はい・いいえ・わからない
- ③ からだのそばにあるおもちゃに手をのばしてつかみますか？ はい・いいえ・わからない
- ④ 何か欲しいものがあると声を出して要求しますか？ はい・いいえ・わからない
- ⑤ スプーンを持って自分の口に持っていきこうとしますか？ はい・いいえ・わからない
- ⑥ お母さんが名前を呼ぶと振り向きますか？ はい・いいえ・わからない
- ⑦ 離乳食を与えていますか？ はい・いいえ  
( )回食 よく食べる・むらがある・あまり食べない
- ⑧ 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
- ⑨ 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
- ⑩ 便の様子はどうですか？  
( )日に ( )回 普通便 ・ 軟便 ・ 硬便
- ⑪ 今までにかかった病気はありますか？ (いいえ・はい: )
- 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)



ぼにーこどもクリニック

井 土 ヶ 谷