

4~5 か月()か月()日 お名前()

- ① 首はすわっていますか？ はい・いいえ・わからない
- ② あやすと笑いますか？ はい・いいえ・わからない
- ③ モノの動きを目で追いますか？ はい・いいえ・わからない
- ④ 親と視線があいますか？ 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 日常のいろいろな音に反応しますか？ はい・いいえ・わからない
- ⑦ 名前を呼ぶと顔を向けますか？ はい・いいえ・わからない
- 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 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)



ぽにーこどもクリニック

井土ヶ谷