

乳児健診（1ヶ月用）

令和 年 月 日

お名前

男・女

生年月日 平成・令和 年 月 日生（生後 年 ヶ月）

第（ ）子

- ・にっこりほほ笑むことがありますか？
 - ・元気な声で泣きますか？
 - ・泣いてばかりいますか？
 - ・声をかけると泣きやみますか？
 - ・目の前の人の顔をじっと見つめることがありますか？
 - ・光があたると眩しそうにしますか？
 - ・大きな音がするとビクッとしますか？
 - ・顔の向きを自由にかえますか？
 - ・裸にしたとき手足をよく動かしますか？
 - ・体が特に柔らかい、または硬いと感じたことがありますか？
- ・ある
 - ・泣く
 - ・いいえ
 - ・泣きやむ
 - ・見つめる
 - ・する
 - ・する
 - ・かえる
 - ・動かす
 - ・ない
 - ・ない
 - ・泣かない
 - ・はい
 - ・泣きやまない
 - ・見つめない
 - ・しない
 - ・しない
 - ・かえない
 - ・動かさない
 - ・ある

●ご質問がありましたらお書きください。