

乳児健診 (2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

- | | | |
|------------------------------|-------|---------|
| ・あやすと笑いますか？ | ・笑う | ・笑わない |
| ・元気な声で泣きますか？ | ・泣く | ・泣かない |
| ・泣いてばかりいますか？ | ・いいえ | ・はい |
| ・声をかけると泣きやみますか？ | ・泣きやむ | ・泣きやまない |
| ・視線が合いますか？ | ・合う | ・合わない |
| ・光があたると眩しそうにしますか？ | ・する | ・しない |
| ・大きな音がするとビクッとしますか？ | ・する | ・しない |
| ・顔の向きを自由にかえますか？ | ・かえる | ・かえない |
| ・裸にしたとき手足をよく動かしますか？ | ・動かす | ・動かさない |
| ・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？ | ・ない | ・ある |

●ご質問がありましたらお書きください。