

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。