

問診票（乳児健診 3-4 ヲ月）

記入日： 年 月 日

フリガナ -----		生年月日	平成・令和 年 月 日(才 ヲ月)
氏 名		男・女	
住 所	〒		
電話番号			

1. 授乳方法で当てはまるものにチェックを入れて下さい。

- 母乳のみ (回/日)
- 混 合 (母乳 回/日、ミルク ml × /日)
- ミルクのみ (ml × /日)

2. たくさん吐くことがありますか？ いいえ はい
3. ゲップは上手に出せますか？ はい いいえ
4. 便の回数 (回/日)
5. 便の色 ()
6. 音のする方向を向きますか？ はい いいえ
7. あやしたら笑いますか？ はい いいえ
8. 動いているものがあつたら目で追っていきますか？ はい いいえ
9. 首は座っていますか？ はい いいえ わからない
10. “あー”、“くー”など声を出しますか？ はい いいえ
11. 手は開いていることが多いですか？ はい いいえ
12. おもちゃを少し握って遊ぶことがありますか？ はい いいえ
13. 毎日の子育てを助けてくれる人はいますか？ はい いいえ
14. 何か気になることはありますか？
[]

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

*医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

