

# 6 ~ 7ヶ月健診カルテ

年 月 日

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

- \* 欲しいものに手を伸ばしますか                    はい            いいえ
- \* お座りができますか                                    はい            いいえ
- \* 寝返りをしますか                                        はい            いいえ
- \* うつぶせで胸をもちあげますか                    はい            いいえ
- \* うつぶせでズリズリ前に進みますか                はい            いいえ
- \* 母乳またはミルクをどのくらい飲みますか

	母乳のみ		回
1日に	ミルクのみ	mℓ ×	回
	混合 母乳	回 + ミルク	mℓ ×      回
	(排便	回)	

- \* 離乳食を始めていますか            はい (1日            回)            いいえ  
   あげているものに○を付けてください  
   ごはん(      ) 野菜(      ) 魚(      ) 肉(      ) 乳製品(      ) その他(      )

\* 朝 起きる時間 \_\_\_\_\_ 時頃 / 夜 寝る時間 \_\_\_\_\_ 時頃

\* 心配なことがありましたら下にご書いてください

所見

体重	g	身長	. cm	頭囲	. cm	胸囲	. cm	カウプ指数
----	---	----	------	----	------	----	------	-------

## 栄養についてのアンケート

心配な事を何でも相談してください。栄養士がご相談にのります。

相談したい項目があれば○をつけてください。

- ① (    ) 母乳やミルクについて
- ② (    ) 離乳食の作り方、メニューについて
- ③ (    ) 離乳食のすすめ方について
- ④ こんなことで悩んでいませんか?  
     (    ) 食べない (    ) 食べムラ (    ) 偏食 (    ) 遊び食べ

⑤ その他 [ \_\_\_\_\_ ]

- ⑥ (    ) 特になし

\_\_\_\_\_  
 ( 指導内容 )