

# 12ヶ月健診カルテ

年 月 日

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

- \*つたい歩きをしますか はい  いいえ
- \*ひとりで立ち上がりますか はい  いいえ
- \*ひとり歩きをしますか はい  いいえ
- \*スプーンやフォークをガチャガチャしますか はい  いいえ
- \*お母さんやお父さんが出かけるとき、後を追って泣きますか はい  いいえ
- \*マンマ、パパ、ダダなどと声を出しますか はい  いいえ
- \*バンザイ、バイバイ、パチパチのまねをしますか はい  いいえ
- \*母乳またはミルクをどのくらい飲みますか

1日に	母乳のみ	回		
	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 ( 1日  回)
- 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かいてください

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 )