

# 9～10ヶ月健診カルテ

年 月 日

フリガナ  
氏名

生年月日 年 月 日

- \*ハイハイをしますか はい いいえ
- \*つかまって立ち上がろうとしますか はい いいえ
- \*つかまり立ちをしますか はい いいえ
- \*つたい歩きをしますか はい いいえ
- \*引き出しをあけようとしますか はい いいえ
- \*お手々パチパチ、バンザイなどの動作をしますか はい いいえ
- \*小さなものを指でつかもうとしますか 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)		

- \*離乳食はどれくらい食べていますか ( 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 ( ) 食ベムラ ( ) 偏食 ( ) 遊び食べ
- ⑤ その他 [ \_\_\_\_\_ ]
- ⑥ ( ) 特になし

( 指導内容 )

# 子育てしていて こんなことはありませんか？

当てはまる項目を（ ）内に記入してください。

○：よくある △：たまあに

- 1 ( ) 子どものことで、相談する人がいない。
- 2 ( ) おっぱいを飲んでくれない。ご飯を食べてくれない。
- 3 ( ) 夜泣きがひどくて疲れる。
- 4 ( ) ゆっくりと食事をする時間もない。
- 5 ( ) 眠れない。
- 6 ( ) もっと家族に育児を手伝って欲しいと思っている。
- 7 ( ) 夫に子どものことを話そうとすると無視される。関心がない。
- 8 ( ) 疲れたり、忙しかったりすると子どもにあたってしまう。
- 9 ( ) 子どもが言うことをきかないと、たたいてしまうことがある。
- 10 ( ) 子どもがかawaiiと思えない。
- 11 ( ) 家族(祖母、祖父など)の助言がうるさく感じる。
- 12 ( ) 子どもの育て方の意見が家族(夫、実母、義母など)と合わない。
- 13 ( ) 子どものことや家事から離れて、自分の時間がほしい。
- 14 ( ) 育児書や、他の子どもとの成長を比較して、普通に成長しているか心配になる。
- 15 ( ) 育てる自信がない。
- 16 ( ) まわりから取り残されていると感じる。
- 17 ( ) その他 ( )
- 18 ( ) 該当するものがなかった。

あなたが安心できるよう、私たちにもお手伝いできることがあります。  
まつしま病院には、親と子のサロン・母乳外来・託児サービスがあります。  
また、公認心理師による相談もできます。

**あなたの秘密は守ります。**

20 年 月 日

母の名前 ( 歳) あなたは当院を受診したことがありますか?(ある・ない)

健診を受ける  
子の名前 ( 歳 ヶ月) 小児科診察券No.

※お子さんは何人いますか? ( 人)

※本日健診を受けるお子さんに、ごきょうだいはいますか? (いる・いない)

●ごきょうだいで当院を受診したことがある方は下記にご記入ください。

お子さんの名前 ( ) 生年月日 ( 年 月 日)

お子さんの名前 ( ) 生年月日 ( 年 月 日)

お子さんの名前 ( ) 生年月日 ( 年 月 日)

記入を済ませ、職員にご相談ください。

まつしま病院