

～4か月

- ・名前 _____ 男/女 生年月日 _____ 年 月 日 (_____ 才 _____ か月)
- ・本日予定の予防接種 あり (種類: _____) ・なし
- ・1才前の保育園入園予定 _____ あり (_____ 才 _____ か月より) ・なし
- ・栄養
- _____ ミルク _____ cc × _____ 回/日 (そのうち夜 _____ 回)
- _____ 母乳 _____ 回/日 (そのうち夜 _____ 回)
- ・現在のお子さんの発達
- ・音や光に反応……………する・しない
 - ・動くものを目で追う……………する・しない
 - ・手足を自ら動かす……………する・しない
 - ・あやすと笑う……………する・しない
 - ・大きな声で泣く……………する・しない
 - ・腹ばいになると首を持ち上げようとする……………する・しない
- ・質問、相談したいことがあれば記入して下さい。

……………スタッフ記入欄・担当助産師 (_____) ……………

BW _____ g / BL _____ cm / 胸囲 _____ cm / 頭囲 _____ cm / K _____