

～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 \_\_\_\_\_