



☆2ヵ月健診チェックリスト☆



「初回ワクチン&2ヵ月健診」のお申込み、ありがとうございます。

ママ、パパとクリニックで協力して、健やかな赤ちゃんの成長をみまもりましょう♪

来院前に点線より上の部分を記入して、当日お持ちください。

□ 誕生日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 在胎 : _____ 週 _____ 日

出生時体重 : _____ g

□ 出産後の異常の有無 : 無 ・ 有 (_____)

□ 栄養方法 : (○をしてください)

・ 母乳のみ (授乳回数 : _____ 分/回 * _____ 回/日)

・ 混合栄養 (母乳 : _____ 回/日 + 人工乳 : _____ ml * _____ 回/日)

・ 人工乳のみ (_____ ml * _____ 回/日)

□ 便の回数 : _____ 回/日 (便色カードで何番ですか? _____)

□ 尿の回数 : _____ 回/日

□ お母さんへの質問項目

・ 出産前の異常の有無 : 無 ・ 有 (切迫早産、妊娠高血圧、妊娠糖尿病、 _____)

・ 分娩様式 : 経膣 (鉗子、吸引) ・ 帝王切開

・会陰切開　：　無　・　有

・赤ちゃんと目が合いますか？　　はい　・　いいえ

・あやすと笑いますか？　　はい　・　いいえ

・声をかけると反応しますか？　　はい　・　いいえ

・おっぱいで困っていることはありますか？

（「はい」の方は具体的に：　　）

・何か気になることはありますか？　　いいえ　・　はい

（「はい」の方は具体的に：　　）

・予防接種で心配なことや質問はありますか？　　いいえ　・　はい

（「はい」の方は具体的に：　　）

・お母さんの以下の体の不調はありますか？

腱鞘炎　・　ばね指　・　肩こり　・　首痛　・　肘痛　・　腰痛　・　骨盤痛　・

出べそになった　・　尿漏れ　・　その他（　　）

※整形外科のリハビリで対応可能な症状の可能性があります。気になるようなら、ご相談ください。

健診当日記入欄

【計測】　体重：　_____g　（1ヵ月健診からの体重増加　_____g/日）

身長：　_____cm　　頭囲：　_____cm