乳児健診を受けられる方へ

ID＿＿＿＿＿＿　お名前＿＿＿＿＿＿＿＿

1.歯は生えている。　はい　，いいえ

　はいの場合⇒上（　）本　，下（　）本

2.離乳食は与えている。

　未　，現在（　　）回食　母乳（　）回　ミルク（　）回

3.排便の回数

（　　）日に（　　）回

北原ライフサポートクリニック