No		保健師		栄養士	

(R8)

もぐもぐ教室記録

実 施 日	同伴者：母・父・祖母・祖父・その他（　　）
実施場所：子育ての駅「ほのぼの」	

太線内を記入又は、該当する箇所を〇で囲んでください。

氏名	ふりがな 男・女	R　年　月　日生 満　か月　日	保育者	昼	母父 祖父母　園名(　　)
				夜	母父 祖父母　園名(　　)

栄養

出産週数　　週

1　母乳・ミルクについて　　母乳　1日　（　　）回
ミルク1回量（　　）mlを1日（　　）回

2　離乳食を開始したのはいつですか。（　　）か月（上旬・中旬・下旬）

3　離乳食を何回食べていますか。　1日（　　）回

4　離乳食で相談したいことはありますか。
ない・ある（　　）

5　平均的な一日の様子を教えてください

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

発達

1	床に手をついて一人で座れますか。	はい・いいえ
2	声の方向に振り向きますか。	はい・いいえ
3	欲しいものがあると手を伸ばしてつかみますか。	はい・いいえ

病気と症状	これまでの病気や現在治療中の病気はありますか。 ない・ある	心配なこと	お子さんの成長や育児についての悩みがありますか　ない・ある

計測	体重	身長	Kaup
	g	cm	

予防接種

接種済には㋑点をつけてください。
BCG　①
B型肝炎　①②
ヒブ　①②③（5混の場合は不要）
肺炎球菌　①②③
4種混合　①②③／5種混合　①②③

※裏面は記入不要

保健指導欄	保健師　　有・無 担当（　　）	栄養士　　有・無 （①乳汁量 ②飲料 ③食事内容　④おやつ⑤その他 ⑥良好） 担当（　　）

カンファ　否・要　　要指導

内容

分類　発育　発達　疾病　検尿　栄養　生活　育児

対応　訪問　電話　園での確認　次回健診　紹介

担当　地区担当　業務担当　時期　まで

フォロー結果　実施年月日　担当　相手

方法　訪問　電話　園での確認　健診

状況

評価