

問診票（0歳児）

記入日 平成 年 月 日

<small>（ふりがな）</small> 児童氏名		平成 年 月 日生（ 歳 カ月）
保護者氏名		保育所（園）
住 所	紀の川市	

・質問事項を記入するか、あてはまるところを で囲んでください

発 育 状 況	首すわり（ 月）	寝返り（ 月）	おすわり（ 月）
	ハイハイ（ 月）	歩き始め（ 歳 月）	発語（ 歳 月）
	目の前で物を左右に動かすと、それを目で追いますか（ はい ・ いいえ ）		
音のする方向に顔を向けたり、反応したりしますか（ はい ・ いいえ ）			

体 質	熱性けいれんをしたことがある（ はい 熱_____ ・ いいえ ）			ぜんそくがある（ はい・いいえ ）					
	ひきつけを起こしたことがある（ はい・いいえ ）			てんかんがある（ はい 直近の発作_____頃・いいえ ）					
	かぜをひきやすい（ はい・いいえ ）			皮膚が弱い（ はい・いいえ ）			熱をよく出す（ はい・いいえ ）		
	関節が抜けたことがある（ はい どの関節ですか_____ ・ いいえ ）								
アレルギー体質ですか（ はい 具体的に： _____ ・ いいえ ）									
その他気になる症状がありますか（ _____ ）									

授 乳 ・ 食 事	授乳（ 母乳 ・ ミルク ・ 混合 ）			ミルクはどのくらい飲みますか（ 1日_____回、1回_____cc ）		
	使用しているミルクのメーカーはどこですか（ _____ ）					
	離乳食は始めていますか（ はい _____回/日 ・ いいえ ）					
	どのような状態のものを食べていますか （ ベタベタ・つぶつぶ・あらつぶし・ほとんど大人に近いもの・大人と同じ ）					
	卵を食べたことがありますか（ 卵黄 ・ 白身 ・ 全卵 ・ いいえ ）					
	牛乳を飲んだことがありますか（ はい ・ いいえ ）					
	どのような魚介類を食べたことがありますか（ 白身魚・赤身魚・青魚・イカ・エビ・カニ・アサリ・シジミ ）					
	どのような肉類を食べたことがありますか（ 鶏肉・豚肉・牛肉 ）					
	どのような乳製品を食べたことがありますか（ ヨーグルト・チーズ・生クリーム・カルピスやヤクルト ）					
	どのような果物を食べたことがありますか（ いちご・りんご・みかん・バナナ・もも・その他 ）					
豆類を食べたことがありますか（ 豆腐・豆乳・ピーナツバター・その他 ）						
マヨネーズやドレッシングは使ったことがありますか（ はい ・ いいえ ）						
アレルギー食ですか（ はい 具体的に： _____ ・ いいえ ）						

1 日 の 生 活 リ ズ ム	朝	6時	7時	8時	9時	10時	11時	12時	昼	1時	2時	3時	4時	5時	6時	7時	8時	9時	10時	11時	12時	夜																							
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																																												
	例 起																																												
（睡眠及び食事の時間、また排便については規則的であればお書き下さい。）																																													
起床： 起 睡眠： 睡 排便： 便 ミルク： ミ 離乳食： 食 その他間食： 間																																													

生 活	寝つきはいいですか（ はい ・ いいえ ）			寝起きはいいですか（ はい ・ いいえ ）		
	おむつの種類（ 布 ・ 紙 ）			排便状況 1日_____回（ 軟便 ・ 普通 ・ 硬便 ）		
	その他気になることはありますか （ _____ ）					