

問診票（1歳児～5歳児用）

記入日 平成 年 月 日

(ふりがな) 児童氏名		平成 年 月 日生(歳児)
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(力月)	寝返り(力月)	おすわり(力月)
	ハイハイ(力月)	歩き始め(歳 力月)	発語(歳 力月)
	目の見え方が気になりますか (はい 具体的に:)		・ いいえ)
耳の聞こえ方が気になりますか (はい 具体的に:)		・ 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や病気がありますか ()						

食 事	偏食がありますか (はい 具体的に:)						・ いいえ)
	食事の量は (少ない ・ 普通 ・ 多い)			自分で食べますか (はい ・ いいえ)			
	食事の時間はどのくらいですか (分)			おやつを食べますか (はい ・ いいえ)			
	たまごを食べますか (はい ・ いいえ)			牛乳を飲みますか (はい ・ いいえ)			
	アレルギー食ですか (はい 具体的に:)						・ いいえ)

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)		
	夜は何時頃に寝ますか (時 分)			朝は何時頃に起きますか (時 分)		
	お昼寝をしますか (はい 時 分 ~ 時 分 ・ いいえ)					
	排泄は自分でしますか (はい ・ いいえ ・ オムツ)					
	排便状況 1日__回 (軟便 ・ 普通 ・ 硬便)					
	簡単な衣類 (Tシャツなど) を自分で脱いだり着たりしますか (はい ・ いいえ)					
	靴を自分で履くことができますか (はい ・ いいえ)					
	落ち着きがないと思いますか (はい 具体的に:)			・ いいえ)		
	危険なことが分かりますか (はい ・ いいえ 具体的に:)					
	言葉がはっきりしていますか (はい ・ いいえ)					
大人の言っていることがわかりますか (はい ・ いいえ)						
どんな遊びが好きですか ()						
主に誰と遊びますか (父・母・祖父母・兄弟姉妹・友達(同年齢・年下・年上) ・ その他())						
その他気になることがありますか ()						