

問診票（1歳児～5歳児用）

記入日 令和 年 月 日

(ふりがな) 児 童 氏 名		平成 令和 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 どここの関節ですか _____ ・ 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 〔 〕		