

# 問 診 票 ( 0 歳 児 )

ふりがな 児童名		生年月日	年 月 日 歳 カ月
住 所	区	電話番号	— — (続柄: )
授乳について	① 授乳 母乳 ・ ミルク ・ 混合乳 【母乳の方】 * 母乳パック使用 ・ 有 ・ 無 * ミルクは飲めますか? はい ・ いいえ (ミルクの種類: ) * 哺乳瓶で飲むことに抵抗が ある ・ ない ② 授乳回数 1日 回 3時間ごと ・ 4時間ごと 授乳量 1回量 cc ③ 授乳方法 ・ 抱いて飲ませる ・ 寝て飲ませる ・ 一人で持って飲む ④ 授乳後の状態 ・ 嘔吐しやすい ・ 嘔吐しない ⑤ 白湯、お茶の開始 カ月から ・ 1回量 cc ・ 哺乳瓶で飲む ・ コップで飲む	睡眠について	① 夜 時 分 ~ 朝 時 分 約 時間 ② 朝寝 ・ する ・ しない 時 分 ~ 時 分 ③ お昼寝 時 分 ~ 時 分 ④ 寝つき 良い ・ 悪い ⑤ 寝起き 良い ・ 悪い ⑥ 寝かた ・ ベッド ・ 布団 ・ うつ伏せ ・ あお向け ・ 横向き (右 左) ・ 一人で寝る ・ 添い寝 ・ その他 (哺乳瓶 ・ 玩具を持って 指しゃぶり タオルを持って 耳などをさわりながら おんぶ 乳房を吸いながら 抱っこ)
離乳食について	① 離乳食を始めた時期 カ月から ② 現在は、 初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了期 【食事の内容・形状】 ③ 食事時間 ・ 午前 時 ・ 午後 時 ④ 食べ方や量は よい ・ 気になる ⑤ おやつ ・ 1日 回 ・ 時間や回数は決めていない 普段食べているもの ( ) ⑥ 離乳食と授乳は ・ 一緒に摂っている ・ 別々違う時間に摂っている	排泄について	① おむつ ・ 布おむつ ・ 紙おむつ ・ 時間を決めて替える ・ 濡れた時替える ・ 1日の使用は、 枚程度 ② オマルを使用 している ・ していない ③ 排便 普通 ・ 便秘 ・ 軟便
		健康面	① 風邪をひきやすい ・ いいえ ・ はい ② 熱が出やすい ・ いいえ ・ はい ③ お腹を壊しやすい ・ いいえ ・ はい ④ 湿疹がでやすい ・ いいえ ・ はい ⑤ アレルギー ある ・ ない (卵 ・ 乳製品 ・ 大豆 ・ その他 ) ⑥ 喘息 ある ・ ない ⑦ 神経質な傾向が ある ・ ない ◎平熱 _____度 _____分 ◎今までにかかった大きな病気やケガ _____
〈職員記載欄〉			

# 生 育 歴

## ■ 出産前

○妊娠中、特に気になったことがありますか？ \_\_\_\_\_

## ■ 出産時

○出産日（ 年 月 日）（ 週）

○お母さんの年齢（ 歳）

○赤ちゃんの体重（ g）身長（ cm）胸囲（ cm）頭囲（ cm）

○分娩の経過は？：頭位・骨盤位・その他（ ）

○その他・仮死状態：なし・あり

・ABR（新生児聴覚検査）：パス・要再検

・その他 \_\_\_\_\_

## ■ 乳幼児健診の状況（特記すること）

○3～4ヵ月健診 ・受けていない ・受けた \_\_\_\_\_

○6ヶ月～1歳児健診 ・受けていない ・受けた \_\_\_\_\_

## ■ 発達状況

○乳の飲み方は？ 普通・弱かった・その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

○運動発達：首のすわり（ ヵ月）、寝返り（ ヵ月）、お座り（ ヵ月）

はいはい（ ヵ月）、つかまり立ち（ 歳 ヵ月）ひとり歩き、（ 歳 ヵ月）

○聞こえについて気になったことがありますか？ いいえ・はい（ ヵ月の頃）

○あやすと笑いましたか？ はい（ ヵ月頃からしていた）・いいえ

○視線の合わせ方はどうでしたか？ よく合った・合うこともある・合いにくかった

○人見知りをしましたか？ はい（ ヵ月頃からしていた）・いいえ

○親の後追いをしましたか？ はい（ ヵ月頃からしていた）・いいえ

○指さしをしましたか？ はい（ ヵ月頃からしていた）・いいえ

○初めて言葉（ブーブーなど）を言ったのは？ 歳 ヵ月頃（言った言葉 \_\_\_\_\_）

○2つ以上言葉をつづけて言った（「ワンワン行った」など）のは？

歳 ヵ月頃（言った言葉 \_\_\_\_\_）

○育児で気になったことがありますか？（あれば○をつけてください）

落ち着きがない・おとなしい・寝てばかりいた・あまり寝ない・よく動きまわる・かんしゃく

気持ちの切り替えができない・病気がちだった・その他 \_\_\_\_\_

○好きなものは何ですか？ \_\_\_\_\_

○よくする遊びは何ですか？ \_\_\_\_\_

○その他、気になること・伝えたいことがあればご記入ください