

問 診 票 (幼 児)

ふりがな 児童名		生年月日	年 月 日 歳 カ月
食 事 に つ い て	① 現在の食事の状態について 【食事内容・形状】 *朝食時間 (AM :) _____分間 *夕食時間 (PM :) _____分間 [好きな物] _____ [嫌いな物] _____ [箸] 使っている・使っていない・補助箸 (右持ち ・ 左持ち) [おやつ] 1日 _____回	睡 眠 に つ い て	① 夜 _____時 _____分 ~ 朝 _____時 _____分 ② お昼寝 _____時 _____分 ~ _____時 _____分 (休日) _____時 _____分 ~ _____時 _____分 ③ 寝つき 良い ・ 悪い ④ 寝起き 良い ・ 悪い ⑤ 寝かたについて ・ 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、乳房を 吸いながら おんぶして 抱っこして)
排 泄 に つ い て	① 現在は、 ・ 紙パンツ ・ 布パンツ ・ 時間を決めている _____時間毎 ・ 事前に知らせる ・ 排泄後に知らせる トイレで ・ 排泄が _____できる・できない ② 排便について ・ 毎日便通がある ・ 便秘 ・ 時間帯 : _____ごろ ③ 衣類の着脱は、 ・ 自分で _____できる・できない	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 * 熱性けいれん・ひきつけ (_____度以上・ダイアップあり) * 喘息 ある ・ ない * アレルギー ある ・ ない (卵・牛乳・大豆・その他 _____) ◎平熱 _____度 _____分 歯磨き 朝 ・ 夜
健 診 ・ 発 達 の 様 子	乳幼児健診の状況 ○ 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 _____ ○ 1歳半健診 ・ 受けていない ・ 受けた _____ ○ 2歳児健診 ・ 受けていない ・ 受けた _____ ○ 3歳児健診 ・ 受けていない ・ 受けた _____ 3歳までにかかった大きな病気やケガ ○ ひきつけ・ぜんそく・川崎病・心臓病・その他 _____		