

問診票 (1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 :)																														
食事・授乳について	① 離乳食を始めた時期 カ月から ② 現在は、 1日 回食 (朝・昼・晩) 初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了期 【食事の内容・形状】 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>		睡眠について 排泄について 健康面 <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 33%;">① 夜 時 分 ~ 朝 時 分 約 時間</td> <td style="vertical-align: top; width: 33%;">② 朝寝 する ・ しない 時 分 ~ 時 分</td> <td style="vertical-align: top; width: 33%;">③ お昼寝 時 分 ~ 時 分</td> </tr> <tr> <td>④ 寝つき 良い ・ 悪い</td> <td>⑤ 寝起き 良い ・ 悪い</td> <td>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)</td> </tr> <tr> <td>⑦ 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</td> <td>⑧ オマルを使用 している ・ していない</td> <td>⑨ トイレを使用 している ・ していない</td> </tr> <tr> <td>⑩ 排便 普通 ・ 便秘 ・ 軟便</td> <td>⑪ 衣類 (パンツ) の着脱が できる ・ できない</td> <td>⑫ 風邪をひきやすい ・ いいえ ・ はい</td> </tr> <tr> <td>⑬ 熱が出やすい ・ いいえ ・ はい</td> <td>⑭ お腹を壊しやすい ・ いいえ ・ はい</td> <td>⑮ アレルギー ある ・ ない (卵・乳製品・大豆・その他)</td> </tr> <tr> <td>⑭ お腹を壊しやすい ・ いいえ ・ はい</td> <td>⑯ 湿疹がでやすい ・ いいえ ・ はい</td> <td>⑰ 哮息 ある ・ ない</td> </tr> <tr> <td>⑮ アレルギー ある ・ ない (卵・乳製品・大豆・その他)</td> <td>⑰ 神経質な傾向が ある ・ ない</td> <td>⑱ 平熱 度 分</td> </tr> <tr> <td>⑯ 哮息 ある ・ ない</td> <td>⑲ 今までにかかった大きな病気やケガ</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>⑰ 神経質な傾向が ある ・ ない</td> <td>⑳ その他</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>⑱ 平熱 度 分</td> <td>㉑ その他</td> <td>_____</td> </tr> </table>	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)	⑦ 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	⑧ オマルを使用 している ・ していない	⑨ トイレを使用 している ・ していない	⑩ 排便 普通 ・ 便秘 ・ 軟便	⑪ 衣類 (パンツ) の着脱が できる ・ できない	⑫ 風邪をひきやすい ・ いいえ ・ はい	⑬ 熱が出やすい ・ いいえ ・ はい	⑭ お腹を壊しやすい ・ いいえ ・ はい	⑮ アレルギー ある ・ ない (卵・乳製品・大豆・その他)	⑭ お腹を壊しやすい ・ いいえ ・ はい	⑯ 湿疹がでやすい ・ いいえ ・ はい	⑰ 哮息 ある ・ ない	⑮ アレルギー ある ・ ない (卵・乳製品・大豆・その他)	⑰ 神経質な傾向が ある ・ ない	⑱ 平熱 度 分	⑯ 哮息 ある ・ ない	⑲ 今までにかかった大きな病気やケガ	_____	⑰ 神経質な傾向が ある ・ ない	⑳ その他	_____	⑱ 平熱 度 分	㉑ その他	_____
	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)																													
	⑦ 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	⑧ オマルを使用 している ・ していない		⑨ トイレを使用 している ・ していない																													
	⑩ 排便 普通 ・ 便秘 ・ 軟便	⑪ 衣類 (パンツ) の着脱が できる ・ できない		⑫ 風邪をひきやすい ・ いいえ ・ はい																													
	⑬ 熱が出やすい ・ いいえ ・ はい	⑭ お腹を壊しやすい ・ いいえ ・ はい		⑮ アレルギー ある ・ ない (卵・乳製品・大豆・その他)																													
	⑭ お腹を壊しやすい ・ いいえ ・ はい	⑯ 湿疹がでやすい ・ いいえ ・ はい		⑰ 哮息 ある ・ ない																													
	⑮ アレルギー ある ・ ない (卵・乳製品・大豆・その他)	⑰ 神経質な傾向が ある ・ ない		⑱ 平熱 度 分																													
	⑯ 哮息 ある ・ ない	⑲ 今までにかかった大きな病気やケガ		_____																													
	⑰ 神経質な傾向が ある ・ ない	⑳ その他		_____																													
⑱ 平熱 度 分	㉑ その他	_____																															
③ 食事時間 (およそ) 朝食 (時) 昼食 (時) 夕食 (時) 1回食に () 分かかる																																	
④ 食べ方や量 よい ・ 気になる 偏食が ない・ある ()																																	
⑤ 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																																	
⑥ 授乳 母乳・ミルク・混合乳・牛乳 母乳パック使用 有 ・ 無 ミルクの種類 ()																																	
⑦ 授乳回数 1日 回・1回量 cc																																	
⑧ お茶の開始 ケ月から ・哺乳瓶で飲む ・コップで飲む																																	
⑨ 牛乳は 飲んでいる・飲んでいない (1日 回 : 哺乳瓶・マグ・コップ)																																	
⑩ 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 ()																																	

〈職員記載欄〉

生 育 歴

■出産前

○妊娠中、特に気にあることがありましたか？ _____

■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（ c m） 胸囲（ c m） 頭囲（ c m）

○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ヶ月健診 • 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 _____

■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（ カ月）、寝返り（ カ月）、お座り（ カ月）
はいはい（ カ月）、つかまり立ち（ 歳 カ月）ひとり歩き、（ 歳 カ月）

○聞こえについて気になることがありましたか？ いいえ・はい（ カ月の頃）

○あやすと笑いましたか？ はい（ カ月頃からしていた）・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（ カ月頃からしていた）・いいえ

○親の後追いをしましたか？ はい（ カ月頃からしていた）・いいえ

○指さしをしましたか？ はい（ カ月頃からしていた）・いいえ

○初めて言葉（ブーブーなど）を言ったのは？ 歳 カ月頃（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 カ月頃（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