



育 児	・普段子どもと接していてイライラすることが多いですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> いいえ	
	・育児の相談相手や協力してくれる人はいますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	・睡眠、夜泣き、食事、極端な人見知りなどで困ったり、心配なことはありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	・つどいの広場、保育園(所)、幼稚園の園庭開放等に参加したことがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	・他の保育園(所)、幼稚園に通ったことがありますか(一時預り含む) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
体 質	・かかりやすい病気はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はい → <input type="checkbox"/> 熱を出しやすい <input type="checkbox"/> ぜいぜいしやすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 便秘がち <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 中耳炎になりやすい <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎になりやすい <input type="checkbox"/> 脱臼 → (部位の確認 ) ( 歳 ヶ月頃から今までに 回 ) <input type="checkbox"/> その他( )	
	・湿疹がしやすいですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はい → <input type="checkbox"/> アレルギー性 <input type="checkbox"/> アトピー性 <input type="checkbox"/> その他 普段どうしていますか → <input type="checkbox"/> 特になにもしない <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 塗薬	
	・ひきつけをおこしたことがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はい → <input type="checkbox"/> 熱があるとき ( 度 ) <input type="checkbox"/> 熱がないとき いつ頃( 歳 ヶ月) 何分ぐらい( ) 今までに( 回 ) 普段どうしていますか(投薬) → <input type="checkbox"/> 有 [ <input type="checkbox"/> 朝・ <input type="checkbox"/> 昼・ <input type="checkbox"/> 夕 ] <input type="checkbox"/> 無 病名( ) 通院 → <input type="checkbox"/> している(病院名 ) <input type="checkbox"/> していない	
	・平熱は何度ですか ( °C)	
便	回数	1日( 回)
	状態	<input type="checkbox"/> ゆるい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬い
	色	<input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 緑黄色 <input type="checkbox"/> 緑便 <input type="checkbox"/> その他( )
<b>【定期健診】</b> ・4ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 心配なし 受けた市町村または医療機関( ) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 指摘あり( ) ・10ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 心配なし 受けた市町村または医療機関( ) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 指摘あり( ) ・その他の健診( )		
★特に気になることがありましたら詳しく記入してください。 (例・喘息等)		



現在の食事状況に○を付けてください。

種類	形態等	備考
ごはん	どろどろおかゆ かためのおかゆ 軟飯 大人と同じ	
パン	パンがゆ パンそのまま トースト	
麺類	うどん そうめん スパゲティ 中華麺	
卵	卵黄 全卵【1回に食べる量( )個位】	
豆類	豆腐 納豆 きな粉	
魚類	かれい かじきまぐろ 鮭 かつお さば さんま いわし あじ しらす えび	
肉類	鶏肉 豚肉 牛肉 レバー ハム ウィンナー	
乳類	牛乳(料理に入れる あたためる そのまま ) チーズ ヨーグルト(無糖 加糖 ) 乳酸菌飲料(飲むヨーグルト等)	
果物類	バナナ りんご みかん いちご もも パイナップル 梨 すいか ぶどう 柿 オレンジ 缶詰( ) 100%ジュース(りんご・オレンジ・ぶどう・やさい)	
海藻類	わかめ ひじき のり	
油脂類	バター マーガリン 植物油	
調味料	しお さとう しょうゆ みそ ケチャップ マヨネーズ	
菓子	卵ボーロ ウエハース ビスケット ベビーせんべい ゼリー カステラ プリン その他( )	
野菜	裏ごし 煮つぶし 軟らか煮 生野菜	
その他	はちみつ カレー(子ども用 大人用) 揚げ物 ごま	
そしゃく	よく噛む あまり噛まない うまく飲み込めない 丸のみしてしまう	
アレルギー	無 有( )	
備考		