



排泄	小便	トイレ(オマル)で	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> ときどきする <input type="checkbox"/> しない	
		間隔	<input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 短い	
	大便	したい時	<input type="checkbox"/> 知らせる( <input type="checkbox"/> 動作で・ <input type="checkbox"/> 言葉で ) <input type="checkbox"/> 知らせない	
		トイレ(オマル)で	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> ときどきする <input type="checkbox"/> しない	
		回数	1日( )回 ( )時頃 <input type="checkbox"/> 不規則	
		便質	<input type="checkbox"/> かため <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やわらかめ	
したい時	<input type="checkbox"/> 知らせる( <input type="checkbox"/> 動作で・ <input type="checkbox"/> 言葉で ) <input type="checkbox"/> 知らせない			

遊び	好きな遊び(主として)	戸外( )・室内( )	
	人との触れ合い	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
	主に誰と遊びますか( )		
	人見知り	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	

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る(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( )
	湿疹がでやすいですか	<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℃ですか( °C)	

**【定期健診】**

・4ヶ月健診 心配なし 受けた市町村または医療機関( ) 年 月 日  
指摘あり( )

・10ヶ月健診 心配なし 受けた市町村または医療機関( ) 年 月 日  
指摘あり( )

・1歳6ヶ月健診 心配なし 受けた市町村または医療機関( ) 年 月 日  
指摘あり( )

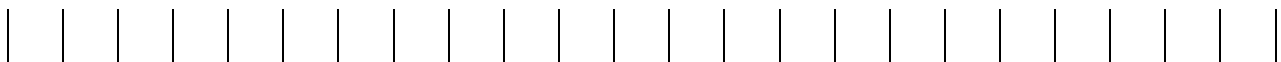
・その他の健診 ( )

★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)

【これまでの食生活】

授乳	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 粉ミルク	
	ミルクのメーカー・製品名(                      )    哺乳ビンの種類(                      )	
	授乳の回数 1日(                      )回【 ミルク                      回・母乳                      回 】	
	1回の哺乳量 (                      )cc    ・ 間隔 (                      )時間	
	ミルクの温度 ( <input type="checkbox"/> ふつう ・ <input type="checkbox"/> ぬるめ )    授乳時間 (                      )分位	
	授乳後 <input type="checkbox"/> 吐きやすい(どのような時に                      ) <input type="checkbox"/> 吐かない	
	牛乳に切り替えていますか <input type="checkbox"/> はい(                      )ヶ月頃から <input type="checkbox"/> いいえ	
水分	<input type="checkbox"/> 与えている <input type="checkbox"/> 与えていない	
補給	<input type="checkbox"/> 湯冷まし <input type="checkbox"/> 麦茶 <input type="checkbox"/> ジュース類 <input type="checkbox"/> 乳酸飲料 <input type="checkbox"/> その他(                      )	
離乳食	離乳食の開始時期 (                      )ヶ月 頃	
	《現在の調理形態》	
	<input type="checkbox"/> ドロドロ状 <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる固さ <input type="checkbox"/> 歯ぐきでつぶせる固さ	
	《1回に食べる量》(記入例:お粥子ども茶碗1/2杯、おかず2品)	
	《食事の仕方》	
	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 手づかみで食べる <input type="checkbox"/> スプーン、フォークを使用する (右利き・左利き) <input type="checkbox"/> コップで飲む <input type="checkbox"/> ストローで飲む	
《好きな食べ物》	《嫌いな食べ物》	

生活時間(ミルク、食事、おやつ、睡眠の時間を時間の上に記入してください。)



6

12

18

24

5

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 こうなご えび その他( )	
肉類	鶏肉 豚肉 牛肉 レバー ハム ウィンナー その他( )	
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) その他( )	
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) その他( )	
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 その他( )	
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		