

1歳児健康相談アンケート

受診日 年 月 日

NO

ふりがな	男	生年	年 月 日	第 子
幼児氏名	女	月 日	(歳 か月 日)	

※早産の場合は出産予定日からかぞえて 歳 か月 日にあたる

屋の主な保育者	1. 母 2. 父 3. 祖父母 4. 保育園・幼稚園(園名) 5. その他()
母親の就業状況	1. 専業主婦 2. 内職 3. 家業(自営業・農業) 電話番号 4. パートタイム勤務 5. フルタイム勤務 6. 育児休暇中

既往歴	・今までにかかった大きな病気等がありますか？ な し ・ あ り ()
	・今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか？ な し ・ あ り (熱のある時 度 回 熱のない時 回)
	・現在、治療している病気がありますか？ な し ・ あ り ()

1日の生活リズム(睡眠や食事など主なものを書き入れてください。)

6:00	12:00	18:00	0:00
------	-------	-------	------

食 事	1. 食事について
	①回数 ごはん又はめん こども茶碗(杯)×(回) もしくは()g 食パン 6枚切り (枚)×(回)
	②「主食」+「主菜」+「副菜」がそろった食事がとれていますか？※ はい・いいえ
	③味付けは、大人の食事に比べて薄味ですか？ はい・いいえ
	※主食:ご飯・パン・めん等 主菜:肉・魚・大豆を使った料理 副食:野菜・きのこ・いも・海藻を使った料理
	2. おやつ等の与え方について
	①回数を決めている はい (回/日)・いいえ ②時間を決めている はい・いいえ ③量を決めている はい・いいえ ④よく食べているおやつの内容は？いくつかもお選びください ・ せんべい ヨーグルト チーズ 果物 いも類 手作りおやつ ・ スナック菓子 アイス プリン ゼリー ・ あめ キaramel ガム チョコレート まんじゅう ラムネ グミ クッキー チューブ入りアイス ⑤よく飲んでいる飲み物は？いくつかもお選びください ・ 牛乳 (cc/日) お茶・水(cc/日) ・ 市販ジュース(cc/日) 乳酸飲料(cc/日) イオン飲料(cc/日) その他(cc/日)
3. 授乳について	
母乳 1日()回 ミルク・フォローアップミルク()cc×()回	
4. 現在、哺乳瓶を使用していますか？	
いいえ ・ はい 中身は何ですか？ 甘味のあるもの、牛乳、ミルク、お茶、水	
5. 便秘はありますか？	
いいえ ・ はい	
6. 食事について気になることがあれば記入してください。 ()	

裏面へ→

