

# 問 診 票 ( 1 歳 児 )

ふりがな 児童名	生年月日	年 月 日 歳 カ月
食 事 ・ 授 乳 に つ い て	<p>① 離乳食を始めた時期                   カ月から</p> <p>② 現在は、 1日                   回食(朝・昼・晩)</p> <p style="padding-left: 20px;">初期   ・ 中期   ・ 後期   ・ 完了期</p> <p style="padding-left: 20px;">【食事の内容・形状】</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin: 5px 0;"></div> <p>③ 食事時間(おおよそ)</p> <p style="padding-left: 20px;">朝食(   時) 昼食(   時) 夕食(   時)</p> <p style="padding-left: 20px;">1回食に(   )分かかる</p> <p>④ 食べ方や量                   よい   ・ 気になる</p> <p style="padding-left: 20px;">偏食が ない・ある(   )</p> <p>⑤ 離乳食と授乳は                   ・一緒に摂っている</p> <p style="padding-left: 40px;">・別々違う時間に摂っている</p> <p>⑥ 授乳                   母乳・ミルク・混合乳・牛乳</p> <p style="padding-left: 20px;">母乳パック使用   有   ・ 無</p> <p style="padding-left: 20px;">ミルクの種類(   )</p> <p>⑦ 授乳回数   1日   回・1回量                   cc</p> <p>⑧ お茶の開始                   ヶ月から</p> <p style="padding-left: 20px;">・哺乳瓶で飲む   ・コップで飲む</p> <p>⑨ 牛乳は                   飲んでいない</p> <p style="padding-left: 20px;">(1日   回: 哺乳瓶・マグ・コップ)</p> <p>⑩ おやつ   ・1日   回</p> <p style="padding-left: 20px;">・時間や回数は決めていない</p> <p style="padding-left: 20px;">普段食べているもの(   )</p>	<p>① 夜 時 分 ~ 朝 時 分</p> <p style="text-align: right; padding-right: 20px;">約 時間</p> <p>② 朝寝                   する   ・ しない</p> <p style="padding-left: 20px;">時 分 ~ 時 分</p> <p>③ お昼寝</p> <p style="padding-left: 20px;">時 分 ~ 時 分</p> <p>④ 寝つき                   良い   ・ 悪い</p> <p>⑤ 寝起き                   良い   ・ 悪い</p> <p>⑥ 寝かた</p> <p style="padding-left: 20px;">・ベッド   ・布団   ・うつ伏せ</p> <p style="padding-left: 20px;">・あお向け   ・横向き(右 左)</p> <p style="padding-left: 20px;">・一人で寝る   ・添い寝</p> <p style="padding-left: 20px;">・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)</p>
	排 泄 に つ い て	<p>① おむつ</p> <p style="padding-left: 20px;">・布おむつ   ・紙おむつ</p> <p style="padding-left: 20px;">・時間を決めて替える・濡れた時替える</p> <p style="padding-left: 20px;">・1日の使用は、                   枚程度</p> <p>② オマルを使用   している・していない</p> <p>③ トイレを使用   している・していない</p> <p>④ 排便   普通   ・ 便秘   ・ 軟便</p> <p>⑤ 衣類(パンツ)の着脱が   できる・できない</p>
	健 康 面	<p>① 風邪をひきやすい   ・ いいえ   ・ はい</p> <p>② 熱が出やすい                   ・ いいえ   ・ はい</p> <p>③ お腹を壊しやすい   ・ いいえ   ・ はい</p> <p>④ 湿疹がでやすい                   ・ いいえ   ・ はい</p> <p>⑤ アレルギー                   ある   ・ ない</p> <p style="padding-left: 20px;">(卵・乳製品・大豆・その他                   )</p> <p>⑥ 喘息                   ある   ・ ない</p> <p>⑦ 神経質な傾向が                   ある   ・ ない</p> <p>⑧ 平熱                   度 分</p> <p>⑨ 今までにかかった大きな病気やケガ</p> <hr style="width: 100%; margin-top: 5px;"/>

# 生 育 歴

## ■出産前

○妊娠中、特に気になったことがありますか？ \_\_\_\_\_

## ■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（ cm）胸囲（ cm）頭囲（ cm）

○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 ・アプガースコア（ 点、 分後 点）

・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 \_\_\_\_\_

## ■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（ ヵ月）、寝返り（ ヵ月）、お座り（ ヵ月）

はいはい（ ヵ月）、つかまり立ち（ 歳 ヵ月）ひとり歩き、（ 歳 ヵ月）

○聞こえについて気になったことがありますか？ いいえ・はい（ ヵ月の頃）

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

○親の後追いをしましたか？ はい（ ヵ月頃からしていた）・いいえ

○指さしをしましたか？ はい（ ヵ月頃からしていた）・いいえ

○初めて言葉（ブーブーなど）を言ったのは？ 歳 ヵ月頃（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 ヵ月頃（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