

問 診 票 (幼 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	— —
食 事 に つ い て	<p>① 現在の食事の状態について 【食事内容・形状】</p> <p>* 朝食時間 (AM :) _____ 分間 * 夕食時間 (PM :) _____ 分間</p> <p>[好きな物] _____ [嫌いな物] _____ [箸] 使っている・使っていない・補助箸 (右持ち ・ 左持ち) [おやつ] 1日 回</p>	睡 眠 に つ い て	<p>① 夜 時 分 ~ 朝 時 分</p> <p>② お昼寝 時 分 ~ 時 分 (休日) 時 分 ~ 時 分</p> <p>③ 寝つき 良い ・ 悪い</p> <p>④ 寝起き 良い ・ 悪い</p> <p>⑤ 寝かたについて ・ 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、乳房を 吸いながら おんぶして 抱っこして)</p>
排 泄 に つ い て	<p>① 現在は、 ・ 紙パンツ ・ 布パンツ ・ 時間を決めている 時間毎 ・ 事前に知らせる ・ 排泄後に知らせる</p> <p>トイレで ・ 排泄が できる・できない</p> <p>② 排便について ・ 毎日便通がある ・ 便秘 ・ 時間帯 : ごろ</p> <p>③ 衣類の着脱は、 ・ 自分で 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>* 熱性けいれん・ひきつけ (度以上・ダイアップあり)</p> <p>* 喘息 ある ・ ない</p> <p>* アレルギー ある ・ ない (卵・牛乳・大豆・その他)</p> <p>◎ 平熱 _____ 度 分</p> <p>歯磨き 朝 ・ 夜</p>
健 診 ・ 発 達 の 様 子	<p>乳幼児健診の状況</p> <p>○ 3~4ヵ月健診 ・ 受けていない ・ 受けた _____</p> <p>○ 6ヶ月~1歳児健診 ・ 受けていない ・ 受けた _____</p> <p>○ 1歳半健診 ・ 受けていない ・ 受けた _____</p> <p>○ 2歳児健診 ・ 受けていない ・ 受けた _____</p> <p>○ 3歳児健診 ・ 受けていない ・ 受けた _____</p> <p>3歳までににかかった大きな病気やケガ</p> <p>○ ひきつけ・ぜんそく・川崎病・心臓病・その他 _____</p>		
〈職員記載欄〉			