

1歳児健康相談アンケート

受診日 年 月 日

NO

ふりがな							
幼児氏名	男 女	生年 月 日	( 年 月 日 ) 歳 か月 日	第 子	家族構成	1. 核家族 2. 複合家族	

※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. 祖父母 3. 保育園・幼稚園(園名 ) 4. 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 ) 4. パートタイム勤務 5. フルタイム勤務 6. 育児休暇中
	電話番号

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 ( )
	・今までにひきつけ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

栄 養	1. 食事について	
	①回数	ごはん又はめん こども茶碗( 杯)×( 回) 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 キャラメル 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. 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→

