

問診票（１歳児～５歳児用）

記入日 令和 年 月 日

(ふりがな) 児 童 氏 名	(男・女)	令和 年 月 日生 (歳児)
保護者氏名		保育所 (園)
住 所	紀の川市	

・質問事項を記入するか、あてはまるところを○で囲んでください

発 育 状 況	首すわり (力月)	寝返り (力月)	おすわり (力月)
	ハイハイ (力月)	歩き始め (歳 力月)	発語 (歳 力月)
	目の見え方が気になりますか (はい 具体的に: . いいえ)		
	耳の聞こえ方が気になりますか (はい 具体的に: . いいえ)		

体 質	熱性けいれんをしたことがある (はい 熱_____℃・いいえ)	ぜんそくがある (はい・いいえ)
	ひきつけを起こしたことがある (はい・いいえ)	てんかんがある (はい 直近の発作_____頃・いいえ)
	かぜをひきやすい (はい・いいえ)	皮膚が弱い (はい・いいえ) 熱をよく出す (はい・いいえ)
	関節が抜けたことがある (はい どの関節ですか_____ . いいえ)	
	アレルギー体質ですか (はい 具体的に: . いいえ)	
	その他気になる症状や病気がありますか ()	

食 事	偏食がありますか (はい 具体的に: . いいえ)	
	食事の量は (少ない ・ 普通 ・ 多い)	自分で食べますか (はい ・ いいえ)
	食事の時間はどのくらいですか (分)	おやつを食べますか (はい ・ いいえ)
	たまごを食べますか (はい ・ いいえ)	牛乳を飲みますか (はい ・ いいえ)
	アレルギー食ですか (はい 具体的に: . いいえ)	

生 活	寝つきはいいですか (はい ・ いいえ)	寝起きはいいですか (はい ・ いいえ)
	夜は何時頃に寝ますか (時 分)	朝は何時頃に起きますか (時 分)
	お昼寝をしますか (はい 時 分 ~ 時 分 . いいえ)	
	排泄は自分でしますか (はい ・ いいえ ・ オムツ)	
	排便状況 1日____回 (軟便 ・ 普通 ・ 硬便)	
	簡単な衣類 (Tシャツなど) を自分で脱いだり着たりしますか (はい ・ いいえ)	
	靴を自分で履くことができますか (はい ・ いいえ)	
	落ち着きがないと思いますか (はい 具体的に: . いいえ)	
	危険なことが分かりますか (はい ・ いいえ 具体的に:)	
	言葉がはっきりしていますか (はい ・ いいえ)	
	大人の言っていることがわかりますか (はい ・ いいえ)	
	どんな遊びが好きですか ()	
主に誰と遊びますか (父・母・祖父母・兄弟姉妹・友達 (同年齢・年下・年上) ・その他 ())		
その他気になることがありますか ()		