

# 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		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 〔 _____ 〕						