

食事相談 初回問診表 問診日 20 年 月 日

ふりがな
お名前

生年月日 20 年 月 日 年齢 歳 ケ月

定期受診・内服を必要としている疾患

: なし あり (

◆今、一番知りたいこと・困っていることは何ですか？

◆お子さんの食事について、ご家族の目標があれば教えてください

◆お子さんのこれまでの育ちについて教えてください
出生週数 週 日 出生体重 g 出生時身長 cm

ご両親の今の身長 父 cm 母 cm

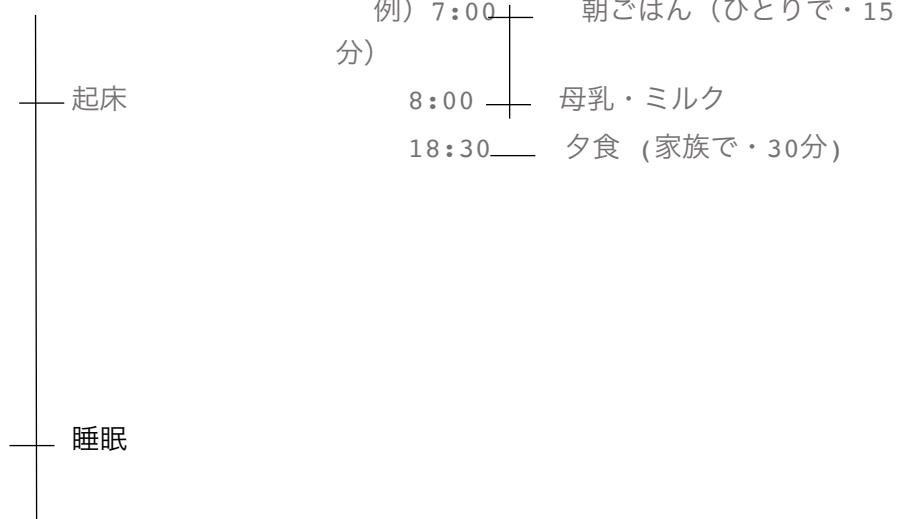
これまでの乳幼児健診や医療機関で測定した身長・体重を記入してください

測定日	身長	体重	測定場所
例) 2020年 3月 3日・	62cm・	5200 g・	3か月健診
年 月 日・	cm・	g・	
年 月 日・	cm・	g・	
年 月 日・	cm・	g・	
年 月 日・	cm・	g・	
年 月 日・	cm・	g・	
年 月 日・	cm・	g・	
年 月 日・	cm・	g・	
年 月 日・	cm・	g・	

◆お子さんの普段の生活のスケジュール【起床、食事、おやつ、お昼寝・就寝】

時刻・食事にかかった時間・誰と一緒に食べたかを教えてください

食事には母乳やミルク、おやつ・飲料など水お茶以外のカロリーのあるもの全て含みます



あてはまるものに□を付けてください。（選択項目はあてはまるものに○を付けてください。）

◆現在の食事の様子をおしえてください

1日 食

どこで食事をしていますか？ : テーブルとイス 座卓

どのようなイスを使っていますか？

ハイチェア 姿勢保持イス (バンボ®など) その他 ()

何で食べますか？ : てづかみ スプーン

お子さんに食べたりさせるのに、何か特別なこと（おもちゃ、テレビ、動画を見せるなど）していますか？ いいえ はい ()

食事の時にむせる・咳こむなどはありますか？ いいえ はい (いつも・時々)

おなかが空いたことを知らせてくれますか？ いいえ はい

おなかがいっぱいだと知らせてくれますか？ いいえ はい

* 【食べる】ことでこれまで医療機関やクリニックなどにかかっていますか

いいえ はい ()

◆排便：便は（ゆるい便・バナナ状・コロコロ）（ ）日に1回排便がある

便秘：□なし □あり

□排便時にいきむ □お尻に血が付くことがある

□お薬を使っている（ ）

◆現在、集団生活は：□していない □している（保育所・幼稚園・小学校）

いつから（ ）

集団生活の中での食事の様子（園の先生からのお話や記録など）

*療育機関：□利用していない □利用している（ ）

◆眠りについて

夜、寝付くまで：□30分以内・□30分以上（ ）

いびき：□なし □あり

◆これまでの飲むこと食べることについて教えてください。

母乳やミルクを飲ませるのは

□問題なかった □時間がかった □なかなか飲まなかった

具体的に（ ）

離乳食を始めたのは（ か月ごろ）

手づかみ食べを始めたのは（ か月ごろ）

食べることに困り出したのはいつからでしょうか

□離乳食の頃 □スプーンで与えはじめから □粒が入り出してから

□大人の食事からのとりわけになってから

具体的に：（ ）

食べるのを嫌がるきっかけになるような出来事がありますか

（ ）

◆ご家族について

何か伝えておきたいことなどあればお書きください（持病など）

◆この3ヶ月以内に3回以上食べたことのある食べ物を全てメニュー名

おおよそ以下の3つのグループ（栄養素）

①主にタンパクからなるもの

例）唐揚げ、カレー、鶏そぼろ、しらす、ウインナー 納豆 卵 豆腐
ヨーグルト、チーズ

②主に炭水化物からなるもの

例）白いご飯、おにぎり、トースト、うどん、スイートポテト、ポテトサラダ

③主に野菜・果物

例）バナナ、みかん、ほうれんそうのお浸し、ミネストローネスープ、大根煮