

**永照幼稚園（一時預かり保育用）  
問診票（1歳児）**

フリガナ 名前		生年月日
		西暦 年 月 日 歳 ヶ月
<b>【食事・授乳について】</b>		該当するものに☑をしてください
①授乳について	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合 ミルクの種類( ) 母乳パックの使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 授乳回数 1日 _____回 1回の量 _____cc	
②離乳食について	はじめた時期 _____ヶ月から	
・現在の食事回数・時間	<input type="checkbox"/> 朝( 時) <input type="checkbox"/> 昼( 時) <input type="checkbox"/> 夜( 時)	
・1回の食事にかかる時間	_____分程度	
・離乳食の時期	<input type="checkbox"/> 初期 ・ <input type="checkbox"/> 中期 ・ <input type="checkbox"/> 後期 ・ <input type="checkbox"/> 完了期	
・食事の内容・形状について	詳しくご記入ください ( )	
・偏食について	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
・食べ方や量について	詳しくご記入ください ( )	
③アレルギーについて	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ( <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他( ) )	
④お茶について	お茶を飲み始めた時期 _____ヶ月から <input type="checkbox"/> 哺乳瓶で飲む <input type="checkbox"/> コップで飲む	
⑤牛乳について	<input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んだことがない (1日 _____回: <input type="checkbox"/> 哺乳瓶で飲む <input type="checkbox"/> コップで飲む)	
⑥おやつについて	<input type="checkbox"/> 1日 _____回食べる <input type="checkbox"/> 時間や回数は決めていない	
・普段食べているおやつの内容	( )	
<b>【睡眠について】</b>		
①夜の睡眠時間	_____時 _____分 ~ _____時 _____分	
	計:約 _____時間	
②朝寝について	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない _____時 _____分 ~ _____時 _____分	
③お昼寝について	_____時 _____分 ~ _____時 _____分	
④寝つきについて	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い	
⑤寝起きについて	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い	
⑥寝方について	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> うつ伏せ <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> 横向き <input type="checkbox"/> 1人で寝る <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> その他( <input type="checkbox"/> 哺乳瓶をもって <input type="checkbox"/> 玩具をもって <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> タオルを持って <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 耳などを触りながら <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> 乳房を吸いながら <input type="checkbox"/> 抱っこ 等)	
<b>【排泄について】</b>		
①おむつについて	<input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> 布おむつ	
・替えるタイミング	<input type="checkbox"/> 時間を決めて替える <input type="checkbox"/> 濡れた時に替える	
・1日の使用枚数について	_____枚程度	
②オマルの使用について	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
③トイレの使用について	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
④排便について	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 軟便	
⑤衣服(パンツ)の着脱について	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
<b>【健康面について】</b>		
①風邪をひきやすい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
②熱が出やすい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
③お腹を壊しやすい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
④温疹がでやすい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
⑥喘息について	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
⑦神経質な傾向が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
⑧平熱について	_____度 _____分	
⑨今までかかった大きな病気やけがについて	<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> その他( )	
⑩アレルギーについて	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ( <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> その他( ) )	
<b>【健診・発達の様子】</b>		
①3~4か月健診	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた( )	
②6~1歳児健診	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた( )	
③1歳半健診	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた( )	
④お子さまの発育で気になること・心配なこと・配慮してほしいこと	( )	
<b>【その他】</b>		
①要求する方法	<input type="checkbox"/> 泣く <input type="checkbox"/> ぐずる <input type="checkbox"/> 発声 <input type="checkbox"/> ジェスチャー(指さし・手を引く)	
②母子分離の経験について	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない (様子について: )	
③その他の施設で一時預かりを利用したことがある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (頻度: _____ 施設名: _____ )	