

問 診 票 (2 歳 児)

ふりがな 児童名		生年月日	年 月 日 歳 カ月
住 所	区	電話番号	— — (続柄:)
食 事 に つ い て	① 現在の食事の状態について 【食事内容・形状】 * 朝食時間 (AM :) _____分間 * 夕食時間 (PM :) _____分間 [好きな物] _____ [嫌いな物] _____ [箸] 使っている・使っていない・補助箸 (右持ち ・ 左持ち) [おやつ] 1日 _____回 [牛乳] 飲んでいる・飲んでいない	睡 眠 に つ い て	① 夜 _____時 _____分 ~ 朝 _____時 _____分 ② お昼寝 _____時 _____分 ~ _____時 _____分 (休日) _____時 _____分 ~ _____時 _____分 ③ 寝つき 良い ・ 悪い ④ 寝起き 良い ・ 悪い ⑤ 寝かたについて ・ うつ伏せ ・ あお向け ・ 横向き (右 左) ・ 一人で寝る ・ 添い寝 ・ その他 (哺乳瓶、玩具を持って、指しゃぶり、 タオルを持って、耳などをさわりながら、乳房を 吸いながら おんぶして 抱っこして)
排 泄 に つ い て	① 現在は、 ・ 紙パンツ ・ 布パンツ ・ 時間を決めている _____時間毎 ・ 事前に知らせる ・ 排泄後に知らせる トイレで ・ 排泄が _____できる・できない ② 排便について ・ 毎日便通がある ・ 便秘 ・ 時間帯 : _____ごろ ③ 衣類 (パンツ等) の着脱は、 ・ 自分で _____できる・できない	健 康 面	① 風邪をひきやすい いいえ ・ はい ② 熱が出やすい いいえ ・ はい ③ お腹を壊しやすい いいえ ・ はい ④ 湿疹がでやすい いいえ ・ はい * 熱性けいれん・ひきつけ (_____度以上・ダイアップあり) * 喘息 ある ・ ない * アレルギー ある ・ ない (卵・乳製品・大豆・その他 _____) ◎ 平熱 _____度 _____分 歯磨き 朝 ・ 夜
健 診 ・ 発 達 の 様 子	乳幼児健診の状況 ○ 3~4ヵ月健診 ・ 受けていない ・ 受けた _____ ○ 6ヶ月~1歳児健診 ・ 受けていない ・ 受けた _____ ○ 1歳半健診 ・ 受けていない ・ 受けた _____ ○ 2歳児健診 ・ 受けていない ・ 受けた _____ 今までにかかった大きな病気やケガ ○ ひきつけ・ぜんそく・川崎病・心臓病・その他 _____		
〈職員記載欄〉			

生 育 歴

■ 出産前

○妊娠中、特に気になったことがありましたか？ _____

■ 出産時

○出産日（ 年 月 日）（ 週）

○お母さんの年齢（ 歳）

○赤ちゃんの体重（ g）身長（ cm）胸囲（ cm）頭囲（ cm）

○分娩の経過は？：頭位・骨盤位・その他（ ）

○その他・仮死状態：なし・あり

・ABR（新生児聴覚検査）：パス・要再検

・その他 _____

■ 発達状況

○乳の飲み方は？ 普通・弱かった・その他（具体的に： _____）

○運動発達：首のすわり（ カ月）、寝返り（ カ月）、お座り（ カ月）

はいはい（ カ月）、つかまり立ち（ 歳 カ月）ひとり歩き、（ 歳 カ月）

○聞こえについて気になったことがありましたか？ いいえ・はい（ カ月の頃）

○あやすと笑いましたか？ はい（ カ月頃からしていた）・いいえ

○視線の合わせ方はどうでしたか？ よく合った・合うこともある・合いにくかった

○人見知りをしましたか？ はい（ カ月頃からしていた）・いいえ

○親の後追いをしましたか？ はい（ カ月頃からしていた）・いいえ

○指さしをしましたか？ はい（ カ月頃からしていた）・いいえ

○初めて言葉（ブーブーなど）を言ったのは？ 歳 カ月頃（言った言葉 _____）

○2つ以上言葉をつづけて言った（「ワンワン行った」など）のは？

歳 カ月頃（言った言葉 _____）

○育児で気になったことがありますか？（あれば○をつけてください）

落ち着きがない・おとなしい・寝てばかりいた・あまり寝ない・よく動きまわる・かんしゃく

気持ちの切り替えができない・病気がちだった・その他 _____

○好きなものは何ですか？ _____

○よくする遊びは何ですか？ _____

○その他、気になること・伝えたいことがあればご記入ください