

ほっとステイ SHIP DAY NURESERY (1・2歳児) 問診票

ふりがな
児童氏名 (

) 男・女 西暦 20 年 月 日生

★家庭生活の状況を教えてください。(該当するものには○をつけて下さい)

- ① 睡眠状況 昼寝 時 ~ 時
夜 時 ~ 時
- (・一人で寝る・添い寝、添い乳をしている
・うつぶせ寝 ・とんとんする
・何かを持って寝る)
- ② 食 事
- ・離乳食は完了しましたか はい・いいえ
 - ・ミルク(母乳)を飲んでいますか はい・いいえ
 - ・飲み物は何で飲みますか 哺乳瓶・マグマグ・ストロー・コップ
 - ・一人で食べる はい・いいえ
 - ・食べさせてもらっている はい・いいえ
 - ・好き嫌いがありますか ない・ある(嫌いなもの)
 - ・食物アレルギーがありますか ない・ある
- ある場合こちらにもご記入をお願いします
- 食物アレルギー() 除去をしている・していない
- 摂取時の症状 ()
- 症状が出た時の対処法 ()
- 食物アレルギー() 除去をしている・していない
- 摂取時の症 ()
- 症状が出た時の対処 ()
- かかりつけ医 () 電話番号 ()
- ③ 排 泄 便・・1日 回 ふつう・便秘気味・下痢をしやすい
尿・・1日 回程度 ・オムツをしている はい(布・紙)・いいえ
・トイレトレーニングをしている はい・いいえ
・出たら知らせる はい・いいえ
- ④ 言 語
- ・喃語(あっあっ、ブーなど)を話す はい・いいえ
 - ・単語を話す(ワンワン、マンマなど) はい・いいえ
 - ・指さしをする はい・いいえ
 - ・2語文を話す(ワンワンキタ、マンマチョウダイなど) はい・いいえ
 - ・会話のやりとりができる はい・いいえ
- ⑤ 家庭での遊び
- 主に誰と遊びますか ・親 ・兄弟、姉妹 ・祖父母 ・その他
 - どんな遊びを好みますか

()

20 年 月 日現在