

川崎市中原区役所離乳食教室（開始）問診票

来所日 年 月 日
受付番号 No.

- ✿お子さんの氏名（ ） ✿お住まいの地区（中原区_____）
- ✿生年月日（ 年 月 日） ✿月齢（ か月）
- ✿最近測った体重（ g）（測った時期： 月ごろ）

離乳食教室のご予約ありがとうございます。スムーズにご相談をお受けするため、以下の項目について回答をお願いします。

① 1日の授乳回数（夜中の授乳も含む）
（ ）回

② おとな（ご家族）の1日の食事について

例	朝食	昼食	夕食	間食
7時30分 パン 目玉焼き サラダ 牛乳	時 分	時 分	時 分	時 分

③ お子さんの生活リズムについて

（例：起床 昼寝 就寝 授乳 昼寝 入浴 外遊び 離乳食など）

午前 午後
5時 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12...（夜中）

ご記入ありがとうございます。順番にお呼びするので、このままロビーでお待ちください。

