

川崎市中原区役所離乳食教室 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 (月)
 ☆最近測った体重 (g) (測った時期: 月ごろ)

本日はご来所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本日のご相談内容 (いくつでも)

- 離乳食のメニューについて 離乳食の作り方について
 噛まない・飲み込まない 好き嫌い・偏食
 食べる量が少ない 食べる量が多い
 適量がわからない 食事時間が長い
 アレルギーについて 手づかみ食べについて
 その他 ()

②1日の授乳回数 (夜中の授乳も含む)

() 回

③離乳食を始めた時期 (月齢)

生後 () か月ごろ

④お子さんの1日の食事回数

- 1回 2回 3回
 3回+おやつ

⑤食事にかかる時間

約 () 分

⑥お子さんとおとな (ご家族) の1日の食事について

例	朝食	昼食	夕食	間食
おとな 7時30分 パン・目玉焼き サラダ・牛乳 お子さん 9時 分 おかゆ	おとな 時 分 お子さん 時 分	おとな 時 分 お子さん 時 分	おとな 時 分 お子さん 時 分	おとな 時 分 お子さん 時 分

⑦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。

