

川崎市中原区役所離乳食教室（2・3回食） 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） ③離乳食を始めた時期（月齢）
 （ ）回 生後（ ）か月ごろ

- ④お子さんの1日の食事回数 ⑤食事にかかる時間
 1回 2回 3回 約（ ）分
 3回+おやつ

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。

