

川崎市中原区役所幼児食教室 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) ✿年齢 (才 か月)
- ✿最近測った体重 (kg) (測った時期: 月ごろ)

幼児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)

- 幼児食のメニューについて
- 幼児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
- 食具について
- その他 ()

②授乳の有無 (「有」の方は1日の授乳回数もお書きください)

- 無 有⇒1日の授乳回数 () 回

③誰と食事を食べているか (夕食)

平日 ()
土日 ()

④食事にかかる時間

約 () 分

④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

⑤お子さんの生活リズムについて

(例: 起床 昼寝 就寝 食事 授乳 昼寝 入浴 外遊びなど)

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。

