

お子さんの年齢 [ 歳 か月]

出生週数と出生体重 [ 週 g]

授乳の様子 [母乳・ミルク を、 飲んでいる・ 歳まで飲んでいた]

離乳食を始めた月齢 [ か月ごろ]

手づかみ食べを始めた月齢 [ か月ごろ]

◆いま食事について困っていることは何ですか？

◆次の症状がありますか？

- ・便秘 なし・あり ( )日に1回排便がある ゆるい便・バナナ状・コロコロ
- ・いびき なし・あり

(○を付けてください、いくつでも)

- |                  |                   |
|------------------|-------------------|
| ・ 口に食べ物をいれない     | ・ 食事を口いっぱい頬張る     |
| ・ 口から乳首やスプーンを押出す | ・ 飲み込みにくさがある      |
| ・ 口の中のものを吐きだす    | ・ 食事中に喘鳴(ゼロゼロ)がある |
| ・ 口から母乳やミルクがあふれる | ・ 食事に興味がない        |
| ・ 食べた・飲んだ後に嘔吐する  | ・ 食事中に食べもので遊ぶ     |
| ・ 食後しばらくして嘔吐する   | ・ 食事中に席をたつ        |
| ・ 食事中に吐き気がある     | ・ 食べ物であそぶ         |
| ・ 食事中にむせる        | ・ 食器であそぶ          |
| ・ 食事中に咳がある       | ・ 食べ物や食器を落とす      |
| ・ 食事をつまらせる       | ・ 特定の食べ物のみ摂取する    |

◆ご本人の食事について

食事の時間は1回 分

食事は家族と食べますか？ はい(誰と? ) いいえ

食事の準備をする人はどなたですか？ 母・父・その他 ( )

◆同居ご家族について

父	(	歳)
母	(	歳)
兄・弟・姉・妹	(	歳)
兄・弟・姉・妹	(	歳)
兄・弟・姉・妹	(	歳)
	(	歳)
	(	歳)

家族歴（疾患など）あれば記載してください

◆生活について

ご本人の食事の時間、睡眠時間は何時間ですか？（例えば昨日の1日を書いてください）

0時
2
4
6
8
10
12
14
16
18
20
22
24

記入例)

←ごはん（パン 鶏肉 フルーツ）

←お昼寝 など