

ごはん外来 問診票

ふりがな
氏名

男・女

歳 月

最新の身長 cm 体重 kg →いつどこで計測しましたか？ []

出生週数と出生体重 [週 g で生まれた]

授乳の様子 [母乳・ミルク を 飲んでいいる・飲んでいた]

離乳食を始めた月齢 [月] 手づかみ食べを始めた月齢 [月]

◆いま食事について困っていることは何ですか？

◆次の症状はありますか？

- ・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(複数回答可)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 口に食ものを入れない | <input type="checkbox"/> 食事を口いっぱい頬張る |
| <input type="checkbox"/> 口から乳首やスプーンを押し出す | <input type="checkbox"/> 飲み込みにくさがある |
| <input type="checkbox"/> 口の中のを吐き出す | <input type="checkbox"/> 食事中に喘鳴(ゼロゼロ)がある |
| <input type="checkbox"/> 口から母乳やミルクがあふれる | <input type="checkbox"/> 食事に興味がない |
| <input type="checkbox"/> 食べた・飲んだ後に嘔吐する | <input type="checkbox"/> 食事中に食べもので遊ぶ |
| <input type="checkbox"/> 食後しばらくして嘔吐する | <input type="checkbox"/> 食事中に席を立つ食へものであそぶ |
| <input type="checkbox"/> 食事中に吐き気がある | <input type="checkbox"/> 食器であそぶ |
| <input type="checkbox"/> 食事中にむせる | <input type="checkbox"/> 食べものや食器を落とす |
| <input type="checkbox"/> 食事中に咳がある | <input type="checkbox"/> 特定の食べもののみ摂取 |
| <input type="checkbox"/> 食事をつまらせる | |

◆同居家族について

↓何かご病気があればお書きください

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



◆ご本人の食事について

1回の食事の時間は？ 分

食事は誰と食べますか？ 一人で・家族と 母と・父と・その他（ ）

食事の準備をする人はどなたですか？ 母・父・その他（ ）

家庭ではどの程度自炊しますか？ ほぼ毎日・週2～3回・週1回・ほぼしない

家族はどこで食事をしていますか？ テーブルとイス・座卓

ご本人はどのようなイスを使っていますか？

ハイチェア・ハイローチェア・バウンサー・姿勢保持イス（バンボ®など）・その他

◆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
3時
6時
9時
12時
15時
18時
21時
24時

記入例 ←昼ごはん 15分(パン 鶏肉 フルーツ)

←お昼寝 30分



◆食事の現状について

この1ヶ月間少なくとも2～3口食べた食品を、具体的な料理名も添えて書いて下さい

○穀類・いも類

ごはん 食べない・食べる 白いご飯、まぜご飯、チャーハン、その他 ()

パン 食べない・食べる 種類

菓子パン 食べない・食べる 種類

麺類 食べない・食べる 種類 調理方法

いも類 食べない・食べる 種類 調理方法

○肉 食べない・食べる 唐揚げ、焼きもの、煮もの、()

ひき肉料理 (ハンバーグ、肉団子、餃子、肉まん、その他)

○魚 食べない・食べる 唐揚げ、焼き魚、煮物、団子、()

○卵 食べない・食べる 調理形態 ()

○乳製品

牛乳 飲まない・飲む (そのまま、味付けして)

ヨーグルト 食べない・食べる (具体的に

チーズ 食べない・食べる

○豆類 食べない・食べる 豆腐、納豆、揚げ、高野豆腐、ゆでたもの、その他

○葉野菜 食べない・食べる 生、おひたし、含め煮、炒め物、天ぷら、汁物

○根菜 食べない・食べる 茹で、煮物 炒め物、唐揚げ、天ぷら、マッシュ

○果物 食べない・食べる ()



○汁物 飲まない・飲む おすまし 汁、具 ()
みそ汁 汁、具 ()
コンソメ 汁、具 () その他のスープ

○菓子類 (丸をつけてください)

甘いもの ケーキ、クッキー、プリン、ゼリー、アイスクリーム、ババロア、その他
塩味の物 フレンチフライ、ポテトチップス、せんべい、その他

○飲料 飲まない・飲む 水・麦茶・緑茶・ほうじ茶・乳酸飲料
ジュース (種類:)

- ・味付けで好みのものはありますか? : 塩味・醤油味・甘辛・その他
- ・ソースやケチャップで好みのものはありますか? :
マヨネーズ・ケチャップ・ウスター・カレー・キムチ・バーベキュー・チーズ・その他
- ・食べ物の色で好きな色がありますか? : () 色
- ・お子さんは空腹感があるようですか? : ない・ある (たまに・ときどき・いつも)
- ・お子さんはご家族と一緒にの食事時間を楽しめているようでしょうか? : いいえ・はい
- ・ご家族はお子さんと一緒にの食事にストレスを感じていますか? : いいえ・はい

◆発育について

これまでの健診結果を教えてください

- 1か月健診 (異常なし・あり)
- 4か月健診 (異常なし・あり)
- ____か月健診 (異常なし・あり)
- ____歳____か月健診 (異常なし・あり)
-

お子さんの好きなキャラクターがあれば教えてください ()

お子さんが今はまっている遊びは何ですか? ()