

ごはん外来 問診票

ふりがな
氏名

男・女

歳 月

最新の計測値 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

定期受診を必要とする疾患 なし・あり []

乳幼児健診の計測値

か月健診 身長 cm 体重 g 頭囲 cm

か月健診 身長 cm 体重 g 頭囲 cm

か月健診 身長 cm 体重 g 頭囲 cm

授乳の様子 [母乳・ミルク を 飲んでいる・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？

◆現在のお子さんの食事について、ご家族の目標を教えてください

◆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

当てはまる症状に✓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"/> 口の中のものを吐き出す | <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？ ひとりで・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・ベビーラック・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、眠り、遊びのスケジュールをお書きください

0時
3時
6時
9時
12時
15時
18時
21時

記入例 ←昼ごはん 15分(パン 唐揚げ 果物)
 ←母乳・ミルク (ミルクなら量も)
 ←お昼寝 30分 起床・就寝時間
 ←公園あそび 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、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・その他 (種類：)
コップ・マグ・哺乳瓶 で飲む

- ・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

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？ ()

◆予約と問診票郵送について

ごはん外来の予約はお電話にてお済ませのうえ、外来受診の1週間前までに問診票を郵送してください。

日中連絡のつきやすい携帯番号：

ご住所：〒

郵送先：

〒251-0052 神奈川県藤沢市藤沢 600 ASMビル4階 かるがも藤沢クリニックごはん外来 宛