問診票（1～5歳児・小学生用）

記入日　令和　　年　　月　　日

児童氏名（ふりがな）		年　　月　　日生 （　　歳　　か月）
保護者氏名		
住所	〒　　－	

・質問事項を記入するか、あてはまるところを○で囲んでください

発育状況	首すわり（　　か月）　寝返り（　　か月）　おすわり（　　か月） ハイハイ（　　か月）　歩行（　　歳　　か月）　発語（　　歳　　か月）
	目の見え方が気になりますか（はい　具体的に：　　・いいえ）
	耳の聞こえ方が気になりますか（はい　具体的に：　　・いいえ）

体質	ぜんそくがある（はい・いいえ）　ひきつけを起こしたことがある（はい・いいえ） 風邪をひきやすい（はい・いいえ）　てんかんがある（はい　直近の発作＿＿＿＿頃・いいえ） 皮膚が弱い（はい・いいえ）　熱をよく出す（はい・いいえ）
	アレルギー体質ですか（はい　具体的に：　　・いいえ）
	その他気になる症状や病気はありますか（　　）

食事	偏食がありますか（はい　具体的に：　　・いいえ） 食事の量は（　少ない　・　普通　・　多い　）　自分で食べますか（　はい　・　いいえ　） 食事の時間はどのくらいですか（　　分）　おやつを食べますか（　はい　・　いいえ　）
	たまごを食べますか（　はい　・　いいえ　）　牛乳を飲みますか（　はい　・　いいえ　）
	アレルギー食ですか（はい　具体的に：　　・いいえ　）

生活	寝つきはいいですか（　はい　・　いいえ　）　寝起きはいいですか（　はい　・　いいえ　） 就寝時間（　　：　　～　　：　　）
	排泄は自分でしますか（　はい　・　いいえ　・　オムツ　） 排便状況　1日＿＿＿回（　軟便　・　普通　・　硬便　）
	靴を自分で履くことができますか（　はい　・　いいえ　）
	落ち着きがないと思いますか（はい　具体的に：　　・いいえ　） 危険なことがわかりますか（　はい　・　いいえ　具体的に：　　）
	言葉がはっきりしていますか（　はい　・　いいえ　） 大人の言っていることがわかりますか（　はい　・　いいえ　）
	どんな遊びが好きですか（　　） 主に誰と遊びますか（　　）
	その他気になることがありますか