

フリガナ
氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

- *ハイハイをしますか はい いいえ
- *つかまって立ち上がろうとしますか はい いいえ
- *つかまり立ちをしますか はい いいえ
- *つたい歩きをしますか はい いいえ
- *引き出しをあけようとしますか はい いいえ
- *お手々パチパチ、バンザイなどの動作をしますか はい いいえ
- *小さなものを指でつかもうとしますか はい いいえ
- *母乳またはミルクをどのくらい飲みますか

1日に	母乳のみ	回	
	ミルクのみ	ml ×	回
	混合 母乳	回 + ミルク	ml × 回
	(排便 _____ 回)		

- *離乳食はどれくらい食べていますか (1日 _____ 回)
 あげているものに○を付けてください
 ごはん () 野菜 () 魚 () 肉 () 乳製品 () その他 ()

*朝 起きる時間 _____ 時頃 / 夜 寝る時間 _____ 時頃

*心配なことがありましたら下に書いてください

所見

体重	g	身長	cm	頭囲	cm	胸囲	cm	カウプ指数
----	---	----	----	----	----	----	----	-------

栄養についてのアンケート

心配な事を何でも相談してください。栄養士がご相談にのります。

相談したい項目があれば○をつけてください。

- ① () 母乳やミルクについて
- ② () 離乳食の作り方、メニューについて
- ③ () 離乳食のすすめ方について
- ④ こんなことで悩んでいませんか?
 () 食べない () 食べムラ () 偏食 () 遊び食べ
- ⑤ その他 [_____]
- ⑥ () 特になし

(指導内容)