



○お子さんの1日の様子を記入してください (起きる・寝る・昼寝・食事・おやつ・遊び 他)

子の生活リズム

時間 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

母の生活リズム

◎お父さん、お母さんのことについてお答えください

○ 現在、あなた(お母さん)は喫煙をしていますか	なし	あり(1日 本)		
○ 現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか	なし	あり(1日 本)		
○ お母さんはゆったりとした気分でお子さんとお過ごせる時間がありますか	はい	いいえ	何ともいえない	
○ イライラしてしまうことがありますか	はい	いいえ	どちらともいえない	
○ あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか ⇒「1. いつも感じる」もしくは「2. 時々感じる」と回答された方にお聞きします。育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか	1.いつも感じる	2.時々感じる	3.感じない	
○ お子さんのお父さんは、育児をしていますか	1.よくやっている	2.時々やっている	3.ほとんどしない	4.何ともいえない
○ 育児に協力してくれる人はいますか	はい	いいえ	どちらともいえない	
○ 身近に相談できる人はいますか はい(父・母・家族・友達・育児サークル・医師・保健師・保育士・その他 )・いいえ				
○ この数か月の間に、ご家庭で右記のことがありましたか あてはまるものすべてに○を付けて下さい	1. しつけのし過ぎがあった 2. 感情的に叩いた 3. 乳幼児だけを家に残して外出した 4. 長時間食事を与えなかった 5. 感情的な言葉で怒鳴った 6. いずれも該当しない			
○ この地域で、今後も子育てをしていきたいですか	1. そう思う 2. どちらかといえばそう思う 3. どちらかといえばそう思わない 4. そう思わない			
○ 3歳から4歳頃までの多くの子どもは、「他の子どもから誘われれば遊びに加わろうとする」ことを知っていますか	はい	いいえ		

○相談内容について希望するものに○印をつけてください

・特になし ・身体発育 ・予防接種 ・食事 ・口の中のこと ・子育てについて ・その他  
具体的な内容

[ .....  
.....  
..... ]

担当者 保健師 \_\_\_\_\_ 管理栄養士・栄養士 \_\_\_\_\_ 歯科衛生士 \_\_\_\_\_

.....  
.....  
.....

◎ お子さんの歯のことについてお答えください

○ お子さんは毎日歯みがきをしていますか	はい	いいえ	
○ 毎日大人が仕上げみがきをしていますか	はい	いいえ	
○ お子さんのかかりつけの歯科医師はいますか	はい	いいえ	何ともいえない
○ 過去1年以内に歯科医院で歯科健診やフッ素塗布を受けましたか	受けた (歯科健診・フッ素塗布)		受けていない
○ 歯みがき時にフッ素入りの歯磨剤やフッ素入りのスプレーを使っていますか	使っている		使っていない
○ よく噛んで食べていますか	はい	いいえ	
○ 言うことを聞かない時や静かにしてほしい時、またはせがまれるたびにお菓子や飲み物を与えることはありますか	ない	時々ある	頻繁にある
○ 下記のような「くせ」はありますか ・特になし ・指しゃぶり ・爪をかむ ・唇をかむ、吸う ・舌をかむ、吸う ・歯ぎしり			
○ お口のことで気になることはありますか ・特になし ・むし歯 ・歯のかみ合わせ ・歯ならび ・歯の数 ・歯の形態 ・その他 ( )			

◎ お子さんの食事についてお答えください

○ 食事をとらないことがありますか いいえ ・ はい(朝・昼・夕 回/日・週・月) ⇒「はい」と答えた理由(食べる時間がない・間食のとりすぎ・その他 )			
○ 牛乳を飲んでいますか はい(1日 cc) ・ いいえ ⇒「いいえ」と答えた理由(嫌いだから・アレルギーだから・その他 )			
○ 箸の練習を始めていますか	はい	いいえ	
○ 食事を自分で食べられますか	全部ひとりで食べる	大人も手伝う	ほとんど食べさせてもらう
○ 食事の前に手洗いはしますか	はい	いいえ	
○ 食事のときにあいさつはしますか	はい	いいえ	
○ 食事の時にテレビは消していますか	はい	いいえ	
○ 子供用に取り分けて盛り付けていますか	はい	いいえ	
○ 家族同じメニューで食べていますか	はい	いいえ	
○ 遊び食いやむら食いはありますか	いいえ	はい	
○ 嫌いな食べ物はありますか 1. ない 2. 魚 3. 肉 4. 卵 5. 大豆製品 6. 野菜 7. 牛乳・乳製品 8. その他			
○ 味付けはどのくらいですか	大人と同じ ・ 大人の半分程度 ・ その他		
○ 食物にアレルギーはありますか 1. なし 2. 有り(医師の指示 有・無) ⇒「有り」と答えた方アレルギーを示す食品 (小麦・卵・魚・大豆・牛乳、乳製品・その他)			
○ 間食の時間は決まっていますか	はい	いいえ(理由: )	
○ 間食の回数は決まっていますか	はい( 回)	いいえ(理由: )	
○ 間食に与える物はどんなものですか(複数回答可) 1. 牛乳・乳製品 2. 果物 3. おにぎり・パン・いも類など 4. 菓子類(菓子パン含む) 5. ゼリー・プリン 6. 乳酸菌飲料 7. イオン飲料 8. ジュース類(野菜・果汁100%含む) 9. アイスクリーム 10. あめ・ガム・チョコレート 11. その他( )			
○ 与えている間食の量はどうか	適量と思う	多いと思う	( )
○ 食事について、困っていることはありますか 1. 特になし 2. 少食 3. むら食い 4. 遊び食い 5. 偏食 6. 欠食 7. 食べ過ぎ 8. 噛まない 9. 間食が多い 10. 生活リズム 11. その他( )			

○お子さんが食べた昨日の食事（どんなものをどれだけ食べたか思い出して書いてみましょう）

《記入例》

朝食 (7時)	<p>副菜</p> <p>おひたし 中鉢1つ ほうれん草・ のり・しょうゆ</p> <p>副々菜</p> <p>酢の物少々 わかめ・かまぼこ・ きゅうり</p> <p>主菜</p> <p>目玉焼き 卵1個・油 千切りキャベツ</p> <p>主食</p> <p>ご飯 1杯</p> <p>みそ汁 1杯 大根・油揚 げ・にんじん</p>
朝食 (時)	<p>副菜・・・野菜を使った料理</p> <p>副々菜</p> <p>主菜・・・肉・魚・卵・納豆など</p> <p>主食・・・ご飯・パンなど</p>
昼食 (時)	<p>副菜</p> <p>副々菜</p> <p>主菜</p> <p>主食</p>
夕食 (時)	<p>副菜</p> <p>副々菜</p> <p>主菜</p> <p>主食</p>

○食事以外で食べたもの全てを記入してください。

時間	食べたもの	時間	食べたもの