

10~11か月児育児相談票

育児相談日

年 月 日 (月齡 か月 日)

※ 太枠内を記入し、健診時お持ちください

地区 _____		付添者 (母・父・祖父母・その他) _____)	
お子さんの氏名 _____ (男・女)		記入者 (母・父・祖父母・その他) _____)	
住んでいるところ _____		連絡先 (_____) _____	

計測	体重	kg	3P以下	3~10P	10~90P	90~97P	97P以上	カウプ
	身長	cm	3P以下	3~10P	10~90P	90~97P	97P以上	

◎家族構成をご記入下さい

続柄	氏名	年齢	職業等	健康状態	続柄	氏名	年齢	職業等	健康状態
				健・病()					健・病()
				健・病()					健・病()
				健・病()					健・病()
				健・病()					健・病()
				健・病()					健・病()

◎赤ちゃんのことにしてお答え下さい

日中の主な保育者 (母・父・祖父母・保育所 () ・その他 ())

夜間の主な保育者 (母・父・祖父母・保育所 () ・その他 ())

<input type="checkbox"/> つかまって立っていることができますか	はい	か月頃	いいえ	
<input type="checkbox"/> つたい歩きができますか	はい	か月頃	いいえ	
<input type="checkbox"/> 小さいものを指でつまみあげることができますか	はい		いいえ	
<input type="checkbox"/> 人見知りしますか	はい		いいえ	
<input type="checkbox"/> 機嫌よくひとり遊びができますか	はい		いいえ	
<input type="checkbox"/> そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きませんか	はい		いいえ	
<input type="checkbox"/> 自分で食べたがりますか	はい		いいえ	
<input type="checkbox"/> コップで飲む練習をしていますか	はい		いいえ	
<input type="checkbox"/> けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか	いいえ		はい	か月頃
<input type="checkbox"/> 今までにかかった病気やケガはありますか	いいえ	はい		
<input type="checkbox"/> また、現在治療中の病気はありますか				
<input type="checkbox"/> これまでに受けた予防接種に○をしてください。				
1. Hib (1回目・2回目・3回目)		2. 小児肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目)		
3. B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)		4. 4種混合 (1回目・2回目・3回目)		
5. BCG				

◎お父さんとお母さんの生活リズムについて記入してください

子の生活リズム	(睡眠・離乳食・母乳・ミルク・散歩など)																							
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	(起床・食事・帰宅・睡眠・仕事など)																							

歯のことにについて

・ 歯の本数 本 ・ 歯みがきをしていますか。 はい(毎日・時々) ・ いいえ

・ 食後に湯冷ましを与えていますか 与える ・ 与えない

◎お母さんのことにしてお答え下さい

あてはまるものに○をつけてください。

	はい	どちらとも いえない	いいえ	
<input type="checkbox"/> お母さんの体調は良いですか				
<input type="checkbox"/> 育児は楽しいですか				
<input type="checkbox"/> 自分自身は、よくやっているほうだと思いますか				
<input type="checkbox"/> イライラしてしまうことがありますか				
<input type="checkbox"/> お母さんのストレスは解消できていますか				
<input type="checkbox"/> 育児のことで心配なとき、相談する人はいますか				父・母・祖父母・友人・その他
<input type="checkbox"/> 育児に協力してくれる人はいますか				祖父母・友人・その他



◎お子さんの食事についてお答えください

○ 何をどれだけ飲んでいきますか

- 1. 母乳 (回/日) 2. ミルク (cc 回/日)
- 3. フォローアップミルク (cc 回/日) 4. 牛乳 (cc 回/日) 5. 飲まない

○ 離乳食で食べている食品に○印をつけてください

- 1. ご飯・かゆ 2. パン類 3. めん類 4. いも類 5. 卵黄
- 6. 卵白 7. 魚類 8. 肉類 9. 豆腐 10. 納豆
- 11. 牛乳 12. 野菜 13. 果物 14. 海藻 15. 油脂類

○ 離乳食以外に与えている物に○印をつけてください

- 1. なし 2. 菓子類 3. ゼリー・プリン 4. 乳酸菌飲料 (cc 本/日・週)
- 5. イオン飲料 (cc 本/日・週)
- 6. ジュース類 (野菜・果汁 100%含む) (cc 本/日・週)
- 7. アイスクリーム 8. その他 ()

○ 離乳食の固さは、どのくらいですか

- 1. ドロドロ状 (ヨーグルト状) 2. 舌でつぶせる固さ (とうふ状)
- 3. 歯ぐきでつぶせる固さ (バナナ状) 4. 歯ぐきで噛める固さ (ハンバーグ状)

○ 味付けは、どのくらいですか

- 1. 大人と同じ 2. 大人の半分~半分以下 3. ほとんど味はつけない

○ 食物アレルギーはあますか

- 1. なし 2. 有り (医師の指示 有・無)
- ⇒ 2「有り」と答えた方に伺います。アレルギーを示す食品は何ですか
- 1. 小麦 2. 卵 3. 魚 4. 大豆 5. 牛乳・乳製品 6. その他 ()

◎お母さんの食事についてお答えください

○ 食事をぬくことがありますか 1. なし 2. ある (回/日・週・月)

⇒ 「ある」と答えた方

食べない理由 1. 食欲がない 2. 時間がない 3. 習慣 4. その他 ()

食事を抜くのはいつですか 1. 朝食 2. 昼食 3. 夕食

○ アルコールは飲みますか 1. 飲まない 2. 飲む (回/日・週・月)

○ タバコは吸いますか 1. 吸わない 2. 吸う (本/日・週・月)

◎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)	副菜	おひたし 中鉢1つ ほうれん草・ のり・しょうゆ	副々菜	群の物少々 わかめ・かまぼこ・ きゅうり	主菜	目玉焼き 卵1個・油 千切りキャベツ
	主食	ご飯 1杯			みそ汁 1杯 大根・油揚げ・ にんじん	

朝食 (時)	副菜	副菜・・・野菜を使った料理	副々菜	主菜・・・肉・魚・卵・納豆など
	主食	主食・・・ご飯・パンなど		
昼食 (時)	副菜	副菜	副々菜	主菜
	主食	主食		
夕食 (時)	副菜	副菜	副々菜	主菜
	主食	主食		

○ 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

○ お母さんの食べた昨日の食事（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)	副菜	主菜	午前 の間食 (10時)	りんご 1/2個 牛乳 1本
	副々菜	主菜		
	おひたし 中鉢1つ ほうれん草 のり しょうゆ	目玉焼き 卵1個、油 千切りキャベツ		
	主食	副々菜		
	ご飯 1杯	酢の物 少々 わかめ かまぼこ、まゆり		
		みそ汁 1杯 大根、油揚げ にんじん		

朝食 (時)	副菜	主菜		
	副々菜	主菜		
	副菜・・・野菜を使った料理	主菜・・・肉・魚・卵・納豆など		
	主食・・・ご飯・パンなど			

昼食 (時)	副菜	主菜		
	副々菜	主菜		
	主食			

夕食 (時)	副菜	主菜	夕食 後の 間食 (時)	
	副々菜	主菜		
	主食			