

13 現在の食事についてお聞きます。

〔 食事 1日 () 回
おやつ 1日 () 回・きめていない

14 飲みものやおやつはどんなものですか。

〔 ・牛乳 () cc を () 回
・ジュース・イオン飲料 () cc を () 回
・乳酸菌飲料 () cc を () 回
・野菜ジュース () cc を () 回
・果物類 ・おにぎり ・甘いお菓子
・せんべい ・スナック菓子 ・その他 ()

15 食事のことに困っていることがありますか。

いいえ はい 〔 ・好き嫌い・食べ過ぎる(何を)
・食が細い ・その他 ()

16 子育ては楽しいですか。

はい いいえ どちらともいえない

17 育児をしていてイライラすることが多いですか。

はい いいえ どちらともいえない

18 家族で家事・育児を協力しあっていますか。

・ 協力者がいる 該当する人全てに○をつけてください。
父 母 父方祖父 父方祖母 母方祖父 母方祖母
その他 ()
・ 協力者がいない

19 気軽にお子さんを預けられる人がいますか。

・ いる 該当する人全てに○をつけてください。
父 母 父方祖父 父方祖母 母方祖父 母方祖母
その他 ()
・ いない

20 その他、お子さんのことに限らず困っていること、
ご相談になりたい事があればお書きください。

〔
〕

ご記入いただきありがとうございました。

担当者サイン欄

問診	結果	相談(栄)	相談(発)	年	月

～ 目について ～

◇視力検査についてお書きください。

1 「視力検査の方法」のとおりにできましたか。

はい いいえ 〔 理由

2 検査結果：見えた方向について全部丸をつけてください。

1) 両目 (上・下・左・右)

2) 右目 (上・下・左・右)

3) 左目 (上・下・左・右)

◇目について気になることがありますか。

いいえ はい 〔 1 目つきがおかしい。
2 人にくらべ極端にまぶしがる。
3 目を細めて見る。
4 物に近づいて見る。
5 頭をかたむけたり、横目で見たりする。
6 その他 ()

～ 耳について ～

◇聴覚検査についてお書きください。

1 「聴覚自己検査の方法」のとおりにできましたか。

はい いいえ 〔 理由

2 検査結果：正しくさせた絵の個数をお書きください。

6個のうち () 個

◇耳などについて気になることがありますか。

いいえ はい 〔 1 小さい頃から聴覚障がいのある家族がいる。
2 中耳炎にかかったことがある。→ () 回
3 普段から「鼻づまり」「鼻汁が出る」「口で息をする」のいずれかがある。
4 呼んでも返事をしない、聞き返す、テレビの音を大きくするなど、聞こえが悪いと思うときがある。
5 その他 ()