

0歳児(家庭での様子)聞き取り書

R 年 月 日記

ふりがな

名前

男・女

呼び名(愛称)

生年月日 :

年

月

日生

(

才

ヶ月)

睡 眠	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1日の睡眠のリズム (時~ 時・) ・ 寝る時はどのようにしていますか (抱っこで・ 添い寝で・ おんぶで・ 一人で自然に寝る おしゃぶりをして・ おっぱいを飲みながら寝る) ・ 寝つきはどうか (良い・ あまり良くない・ 悪い) ・ 夜泣きをしますか (する・ たまにする・ しない) ・ 寝る時の癖がありますか 《 例: 指しゃぶりをする 》 (はい → . いいえ)
言 語	<ul style="list-style-type: none"> ・ 喃語が出ますか (はい・ いいえ) ・ 大人の言葉かけが分かっているようですか (はい・ いいえ) 例えば()
遊 び	<ul style="list-style-type: none"> ・ 機嫌よく一人遊びをしますか (はい・ 時々・ いいえ) ・ 好きなおもちゃや関心のあるものがありますか 例えば()
授 乳 ・ 離 乳	<ul style="list-style-type: none"> ・ 授乳 母乳・ 粉ミルク (メーカー:)※園使用:アイクレオ ・ 哺乳瓶の種類 ピジョン 母乳実感 その他()※園使用:ピジョン・母乳実感 ・ 乳首サイズ M L その他() ・ 1回のミルク量 (cc) ・ 離乳食は始めていますか (はい → ヶ月頃から → 現在の調理形態) ・ 食事はどのようにして食べていますか (ラックで・ イスに座る・ ひざの上で) ・ 食事の時間 朝(:) 昼(:) 夜(:)頃 ・ コップを使っていますか (はい → ヶ月頃から・ いいえ・ その他) ・ 牛乳は飲んでいますか (はい → ヶ月頃から・ いいえ・ その他) ・ 食物アレルギーはありますか (はい → . いいえ) 《 家族の中にアレルギーの方がいますか 》(はい → . いいえ)
そ の 他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 使用しているおむつ (紙おむつ・ 布おむつ・ 併用している) ・ おむつでかぶれたり、気になることはありますか (はい・ いいえ) ・ 外出時、皮膚が赤くなったりしたことがありますか (はい・ いいえ) ・ 外気浴をしていますか (はい → ヶ月頃から・ いいえ) ・ 何かくせがありますか (はい → . いいえ)
<p>* 知らせたい事や何か気になっていることがありましたら記入してください。</p>	