

栄養相談 問診票



SUNNY栄養相談
SINCE 2021

受診日 年 月 日

氏名	ふりがな	男・女	生年 月 日	平成・令和	身長	体重	体温
				年 月 日			

①本日、相談したい内容について、当てはまる選択肢に○をつけてください。*複数選択可

離乳食について

- 1)開始の時期 2)食べる量 3)ミルクと離乳食のバランス 4)種類が偏る 5)モグモグやカミカミ 6)栄養バランス
7)食べるのを嫌がる 8)食事の用意について 9)食べさせ方 10)相談する人・場所がない 11)その他 ()

日常の食事について

- 1)栄養バランス 2)食べる量 3)好き嫌い 4)偏食 5)食事量のムラ 6)早食い、よく噛まない
7)遊び食べ 8)お菓子や嗜好飲料について 9)その他 ()

・今日の相談内容を具体的に記載して下さい (自由記載)

②お子さまに兄弟・姉妹がいらしたら、構成を教えてください。

一人っ子 ・ 兄弟、姉妹がいる (例:兄4歳 _____)

③今までに食物アレルギーと診断されたことはありますか？

はい ・ いいえ

診断された時期 (歳 ヶ月頃 アレルギー原因食品: _____)

④現在、食物アレルギーを疑って、食べるのを避けているの食品はありますか？

はい 疑っている食べ物: () ・ いいえ

⑤ (あてはまる方のみ) 乳幼児のおさま 現在の離乳食の状況を教えてください

まだ始めてない ・ _____ヶ月頃より開始。 現在_____回食

・市販のベビーフードの使用頻度 (1週間の内、何日使用したか) を教えてください。

週に0~1日 ・ 週に2~3日 ・ 週に4~5日 ・ ほぼ毎日使用する

⑥おやつを食べる習慣はありますか？

はい (おやつの内容: _____) ・ いいえ

クリニック使用欄

待ち場所



受付番号		一般・特・母 車 ()
受付時間	:	次回予約