

2歳児健診問診票

お子さんのお名前	生年月日	年	月	日
----------	------	---	---	---

お子さんの生活についてお聞かせください

- ・ 食欲はありますか？ はい いいえ
- ・ 食事に偏りはありますか（好き嫌い、特定の食品を嫌うなど）？ はい いいえ
- ・ 夜中に起きることは多いですか？ はい いいえ
- ・ お昼寝をしていますか？ はい いいえ
- ・ おむつをつけていますか？ はい いいえ
- ・ トイレトレーニングは進んでいますか？ はい いいえ
- ・ 食物や環境に対するアレルギーはありますか？ はい いいえ
- ・ アレルギー症状は出たことはありますか？ はい いいえ

アレルギー症状を起こすものを具体的に教えてください。

お子さんの日常の行動についてうかがいます。

- 簡単な言葉をはなしますか？ はい いいえ
- 短い文をはなしますか（「おやつちょうだい」「ママ、だっこ」など）？ はい いいえ
- ひとりで歩きますか？ はい いいえ
- 階段を上ることが出来ますか？ はい いいえ
- 走ることが出来ますか？ はい いいえ
- ほかの子どもと一緒に遊べますか？ はい いいえ
- 親御さんの指示を理解していただけますか？ はい いいえ
- 自分で「ありがとう」「さようなら」の挨拶ができますか？ はい いいえ
- 積み木やブロックで遊べますか？ はい いいえ
- スプーンやフォークを使って自分で食事ができますか？ はい いいえ

* ご質問などありましたらご自由にお書きください