

離乳食調査票

記入年月日：平成 年 月 日

名 前：

生年月日：平成 年 月 日

(生後 才 か月)

急に生活リズムが変わると、赤ちゃんは体調を崩しやすくなります。

なるべく無理のない様に進めていきたいと思えます。今までの様子をお聞かせ下さい。

1. 離乳食はどのくらい すすんでいますか。

2. ミルクについて

量はどのくらい? 1日量 cc・・・(1日 回)

1回量 cc

ミルクの銘柄は?

ミルクを飲む時間帯は?

ほにゅう瓶の銘柄は?

3. 午睡時間(何時頃, 何時間くらい?)

4. アレルギーはありますか?(あり・なし)

「あり」の方は、差し支えない範囲でできるだけ詳しくお聞かせ下さい。

5. 眠るときのクセはありますか。

※ タオルを抱える、うつ伏せになる、など。

6. その他(気になることがあれば書いて下さい)