

食 事 調 査 票

※献立作成の参考にしますので、ご記入をお願いします。

氏 名		生 年 月 日		令和 年 月 日	
身 長 cm		歯 数 本	離乳食	開始時期（生後 ヶ月頃）	
体 重 kg				完了時期（ 歳）	
現在の状況	①食事・おやつ時間を決めて食べさせていますか？ 決めている ・ 決めていない				
	②食事を飲み込めず、口の中にため込んでいる事はありませんか？ よくある ・ たまにある ・ ない				
	③食事は誰と一緒に食べますか？ 家族と一緒に ・ 子どもたちだけ ・ ひとり				
	④食欲はありますか？ よくある ・ ふつう ・ あまりない				

家 族 の 状 況 確 認

保護者に食事の好き嫌いがありますか？

どなたが（ 父 ・ 母 ・ その他）その他と回答した方（ ）

食品名（ ）

家族に食品アレルギーの方がいますか？ （ はい いいえ ）

どなたが （ ） どの食品に （ ）

お子様で食品アレルギーがある方は、詳しく記入してください。

（ ）

既 往 歴 調 査 票

病名	主要症状	登園の目安	治癒 証明書	既にかかって いる場合は○
水痘 （みずぼうそう）	多くは発熱とともに粟粒大の水痘をもった発疹ができる	すべての発疹がかさぶたになってから	○	
流行性耳下腺炎 （おたふく風邪）	発熱、耳たぶの下と前後のはれ、頭痛、食欲不振	耳下腺の腫れがなくなってから	○	
麻疹（はしか）	発熱、発疹、口の中に白いブツブツ、せき、鼻水、くしゃみ、目やに、感冒に似た症状	熱が下がった後、3日を経過し、元気な時	○	
風疹（三日はしか）	発熱、発疹、頭部のリンパ腺腫脹	発疹が消えてから	○	