

●同居のご家族に○をつけ、お子さんと一緒に食べる人を◎で囲んで下さい。

父 ・ 母 ・ 本人 ・ 兄 姉 ・ 弟 妹 ・ 祖父 ・ 祖母

平均的な食事時間：本人（ ）分、母親（ ）分、父親（ ）分

●睡眠で困っている事がありますか

お昼寝をしない 寝かしつけるのに時間がかかる →（ ）分くらい

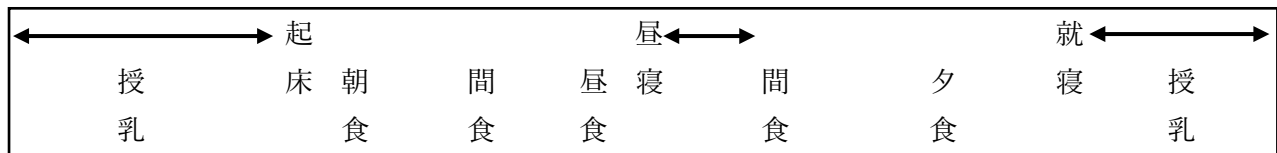
夜中何度も目がさめる →（ ）回くらい

●ご本人の普段の飲食（ミルク、おやつを含め食べたり飲んだりする物と時間）と睡眠の様子を教えてください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 時

(下記 記入例)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 時



●これまでの健診での身長・体重と、何か指摘されたりなどあれば教えてください。

西暦 年 月 日	お子さんの年齢	身長	体重	特記事項
年 月 日	4ヶ月健診	cm	kg	
年 月 日	10ヶ月健診	cm	kg	
年 月 日	1歳半健診	cm	kg	
年 月 日	3歳健診	cm	kg	

●改善するために試したことはありますか

()

ご協力ありがとうございました。