

S-2 生活調べ〈3・4・5歳児〉

記入日 年 月 日
名前

歳児	
食 事	1 食事の時間 (朝食 時頃) (昼食 時頃) (夕食 時頃)
	2 1回の所要時間 (分位)
	3 <input type="checkbox"/> 一人で食べられる <input type="checkbox"/> 一人で食べられない
	4 <input type="checkbox"/> スプーンを使う (<input type="checkbox"/> 上手に使う <input type="checkbox"/> まだこぼす <input type="checkbox"/> てづかみ) <input type="checkbox"/> 使えない
	5 <input type="checkbox"/> はしを使う (<input type="checkbox"/> 上手につかう <input type="checkbox"/> まだこぼす <input type="checkbox"/> エジソン箸等で練習中) <input type="checkbox"/> 使わない
	6 食事の習慣について困っていること (例：立って歩く・テレビを見ながら食べる・食が細い等・・・) ()
	7 特に好きな食べ物 ()
	8 どうしても食べないもの・苦手なもの ()
	9 食べさせては困るもの ()
	10 主に誰と一緒に食事していますか ()
	11 食べ物アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> はい (除去食依頼書を提出してください) <input type="checkbox"/> いいえ
睡 眠	1 睡眠時間 時 分～ 時 分
	2 昼寝 (<input type="checkbox"/> する 時間 <input type="checkbox"/> しない)
	3 ねつきが (<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> わるい)
	4 <input type="checkbox"/> よくねる <input type="checkbox"/> よくねない <input type="checkbox"/> ねぼける
	5 寝る時のくせ ()
	6 きげんよく (<input type="checkbox"/> おきる <input type="checkbox"/> おきない)
	7 夜は誰と寝ますか ()
	8 寝る前に何かしてあげることはありますか ()
排 泄	1 オムツ使用 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 紙パッド使用 <input type="checkbox"/> 寝る時のみ使用 <input type="checkbox"/> 使用 * 1日何回くらい 回 大便 回
	2 大便 * 1日 回 (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 不定 <input type="checkbox"/> 便秘がち) * 自分で <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	3 小便 何時間おき位ですか *近い時で 時間 分 *遅い時で 時間 分 <input type="checkbox"/> 近い <input type="checkbox"/> とおい <input type="checkbox"/> 気にすると近くなる
	4 おねしょ <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々
衛 生	1 手洗い一人で (<input type="checkbox"/> 洗える <input type="checkbox"/> 洗えない) 用便後 手を <input type="checkbox"/> 洗う <input type="checkbox"/> 洗わない 食事前 手を <input type="checkbox"/> 洗う <input type="checkbox"/> 洗わない
	2 鼻が一人で (<input type="checkbox"/> かめる <input type="checkbox"/> かめない) 鼻血がでやすい (<input type="checkbox"/> でやすい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 受診したことがある)
	3 うがい (<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない)
	4 一人で歯を (<input type="checkbox"/> 磨ける <input type="checkbox"/> 磨けない <input type="checkbox"/> 磨いていない)