

4歳児問診票

年 月 日 記入

園児氏名		愛称	
食事について	* <u>食べ方について</u>	・箸で食べる ・その他( ) ・1日3回おおよその時間をきめて食べている ・要求に応じて食べている	
	* <u>偏食について</u>	する ・しない 好きな食べ物( ) 嫌いな食べ物( ) →食べようと( する・しない )	
	* <u>食事量について</u>	( 多い 普通 少ない )	
	* <u>食物アレルギーについて</u>	無 ・ 有( ) * 食後の歯みがきを ( している していない ) 保護者の方が仕上げみがきを ( している していない )	
睡眠	* <u>就寝について</u>	( 時 分ごろ) ~ 起床 ( 時 分ごろ) 約( )時間	
	* <u>昼寝について</u>	・する( 時 分ごろ ~ 時 分ごろ) ・しない	
排泄	* <u>排尿について</u>	・できる ( パンツを脱いでする ・ おろしてする ) ・できない ・間隔 ( 長い ・ 短い ) ・あとしまつ ( ひとりでふける ・ ふけない )	
	* <u>排便について</u>	・できる ( パンツを脱いでする ・ おろしてする ) ・できない ・あとしまつ ( ひとりでふける ・ ふけない )	
	* <u>おねしょについて</u>	・しない ・する ・時々する	
着脱	* <u>着替えについて</u>	・できる ・すこしできる ・できない * <u>オープンファスナー</u> ・ひとりでできる ・できない	
	* <u>ボタンについて</u>	・できる ・できない * <u>靴</u> ・ひとりではける ・はけない	
言葉	・見たことや聞いたことを話しますか	はい	・ いいえ
	・かんたんななぞなぞやしりとりができますか	はい	・ いいえ
	・絵本などを見たり聞いたりしますか	はい	・ いいえ
	・生活の中での挨拶ができますか	はい	・ いいえ
	・話をしたりする中で気になることがありますか	いいえ	・ はい( )
<b>お子さんの姿や様子について</b>			
・約束やルールを守って遊ぼうとしますか	はい	・ いいえ	
・スキップや片足跳びができますか	はい	・ いいえ	
・クレヨン等で口(四角)を描くことができますか	はい	・ いいえ	
・身近な人の気持ちがわかり、考えて行動できますか	はい	・ いいえ	
* 遊び相手	友だち 家族( )	一人で遊ぶ	その他( )
* 好きな遊び	戸外( )	室内( )	
* テレビやビデオ等	見ない 見る(よく見るもの; )		1日( )時間
お子さんの長所			