

偏食外来 初診時間診票

お子様のお名前： _____ 歳 ____ ヶ月

ご予約いただきありがとうございます。診察前にお子さんのご様子を教えていただけると、15 分という限られた診察時間がより有意義なものになります。受診日までに必着で当院へ郵送（切手代は自己負担）またはクリニックに直接持参してください。どうしても間に合わない場合は当日お持ちください。

<当日お持ちいただくもの>

- ・診察券、マイナンバーカード、こども医療証、あれば紹介状
- ・母子手帳(これまで乳児健診・保育園で計測した身長・体重を母子手帳の成長曲線上に記録してください)
- ・数分程度の食事動画（隠し撮りで、口の動きがわかるもの）
- ・食卓にお子さんが座っている様子の全景画像（正面とできれば側面も、動画でも）
（・事前に提出できなかった場合はこの問診票）

●受診の理由を教えてください：

●今一番心配なことはなんでしょう：

●お子さんのこれまでの育ちについて教えてください

- ・生まれは在胎 ____ 週 ____ 日、出生体重 ____ g、出生時身長 ____ cm
ご両親の今の身長 お父さん ____ cm、お母さん ____ cm
- ・生まれた時やこれまでに NICU や GICU へ入院しましたか：
（ ） いいえ
（ ） はい→どんな状況で？
- ・生まれてから今までに健診で何か指摘を受けましたか
（ ） いいえ、順調です
（ ） はい→どんな指摘？

●お子さんのこれまでの飲むこと食べるについて教えてください

- ・母乳やミルクを飲ませるのは
（ ） 問題なかった （ ） 時間がかかった （ ） なかなか飲まなかった
具体的に：

・食べることに困り出したのはいつからですか

() 離乳食の頃→() 初めから() スプーンで与えはじめから() 粒が入り出してから

() 大人の食事からのとりわけになってから

どんな様子でしたか：

・食べるのを嫌がるきっかけになるような出来事がありますか

() ない

() ある→どんなこと？：

・現在献立は：() 家族と同じものをとりわけ

() 本人のために特別用意している→具体的に：

・お子さんは現在食事を摂っているのは

() お口から () お口とチューブ () チューブから

・食べることでこれまで/現在、医療機関やクリニックなどにかかっていますか

() いいえ () はい：施設名_____

・お子さんの食事にどのくらい時間がかかりますか(_____ 分)

・お子さんの食事の際、あなた(または家族)と一緒に食べていますか

() いいえ () はい：誰と_____

・お子さんに飲んだり食べたりさせるのに、何か特別なこと(おもちゃ・動画を見せるなど)していますか

() いいえ

() はい→どんなこと？：

・お子さんは便秘がありますか？ 排便時にいきむ、お尻に血がつくことがあるは、ありにチェックを。治療中でも上記の症状あればありにチェックを。

() なし

() あり→処方薬：_____

・お子さんの眠りについて、寝付くまで

() 30分以内

() 30分以上→どんな様子？：

・昼寝は：() している→時間(_____ 時～ _____ 時、または _____ 分 1日 _____ 回)

() していない

・お子さんは、現在集団生活を

() していない

() している(保育所・幼稚園、いつから_____

- ・お子さんは療育機関を
（ ）利用していない
（ ）利用している→いつから、診断名、頻度など：

●お子さんの普段の生活の時間（起床、食事、おやつ、就寝）を具体的に教えてください。食事には母乳やミルク、おやつ・飲料など水・お茶以外カロリーのあるもの全て含みます

●この3ヶ月以内に3回以上食べたことのある食べ物を全てメニュー名で教えてください。

1：主にタンパクからなるもの、例；唐揚げ、チーズ

2：主に炭水化物からなるもの、例；白いご飯、トースト、うどん

3：主に野菜・果物、例；バナナ、みかん

●他にも医師に伝えておきたいことがあればお書きください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。外来でお待ちしております。