

乳児の食事調査票（0歳児のみ）

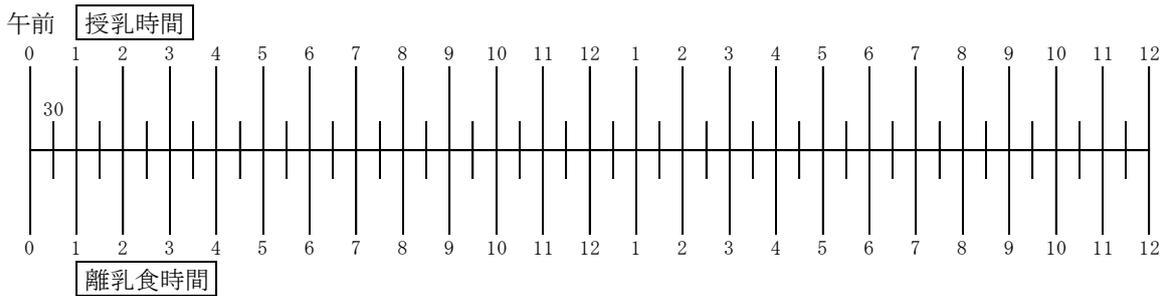
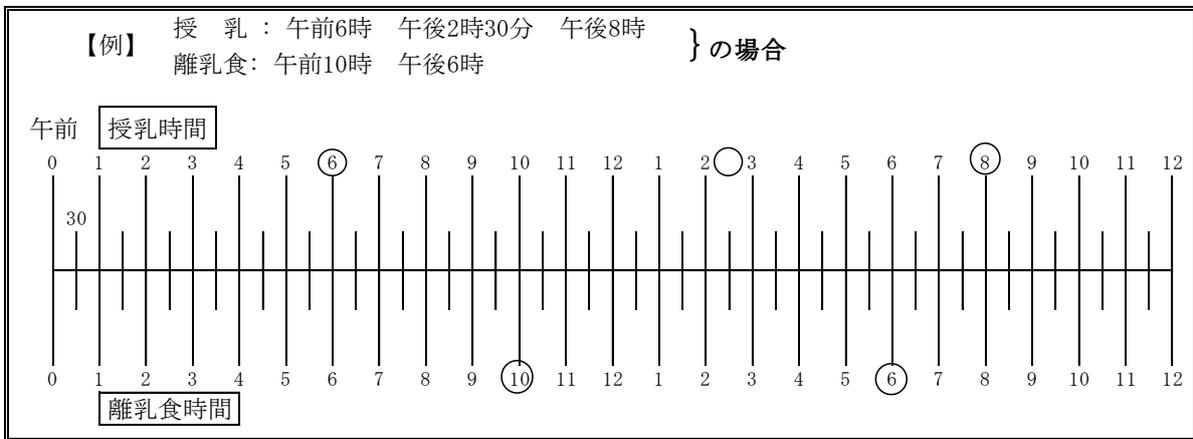
氏 名 _____
 生年月日 _____ ・ _____ ・ _____ (第 子)

1. 食事状況

(1) 食事期間（(例)は生後2ヶ月まで母乳を飲んだ場合）

与えた期間	0ヶ月	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月	1回量(ml)
(例) 母乳を与えた期間	←————→													
母乳を与えた期間														
粉ミルクを与えた期間														
離乳食を与えた期間														

(2) 授乳時間及び離乳食時間



2. 食事について

(1) ミルクについて

- ・種類（品名）…… [_____]
- ・乳首のメーカー…… [_____]
- 品名…… [_____]

(2) 離乳食について

イ. 食品の種類 (食べさせたことのある食品全てに○をつけてください。)

下記の他に食べさせたことのある食品があれば「その他」欄にご記入ください

穀類	おもゆ おかゆ パン うどん スパゲティ その他 ()
芋類	じゃが芋 さつま芋 里芋 その他 ()
野菜類	人参 ほうれん草 かぼちゃ キャベツ 大根 玉葱
	トマト きゅうり その他 ()
卵類	卵黄 全卵 うずら卵 その他 ()
豆・豆製品	豆腐 納豆 きな粉 いんげん豆 その他 ()
魚類	白身魚 赤身魚 青身魚 その他 ()
肉類	鶏肉 鶏レバー 牛肉 豚肉 その他 ()
乳製品	牛乳 チーズ ヨーグルト その他 ()
油脂類	バター サラダ油 マーガリン マヨネーズ その他 ()
果物	りんご バナナ みかん その他 ()
ベビーフード、菓子	
その他	

ロ. 現在の調理形態 (該当の形態に○をつけてください)

裏ごし	すりつぶし	つぶし	おろし	刻み	そのまま
-----	-------	-----	-----	----	------

ハ. 食べると下痢、じんま疹、アレルギーなどを起こす

(有 ・ 無)

アレルギーが有る場合、その食品名

()

症状

()

ニ. 朝食時間と内容

(時頃)

(3) その他注意する事がありましたら記入してください。

面接月日 平成 年 月 日