

記入日 令和 年 月 日

# 問診票（栄養外来用）

トトロこどもクリニック

ふりがな お名前	性別	生年月日 S・H・R 年 月 日 (年齢 歳 ヶ月)
	男 ・ 女	
※子供さんの場合お名前をお呼びする際、“くん”・“ちゃん”でお呼びしてよろしいですか？ はい ・ いいえ		
ご住所 〒 -	電話番号 ( - - )	
	携帯番号 ( - - )	父・母・その他[ ]

## 相談内容を教えてください。

1. 体重が増えない
2. 体重が増えすぎる（肥満）
3. 離乳食の進め方が不安
4. 食べる量が今のままで良いか不安
5. 食物アレルギーがあり不安
6. 胃瘻からミキサー食注入を行いたい
7. 食べたり注入したりすると吐いてしまう
8. 常に下痢（水様便）をしている
9. その他 ( )

## 現在の食事内容を教えてください。

食事方法は…  口からのみ  口からと経管注入を併用  経管からの注入のみ

食事は……  3食とも家(外食含む)で食べている  
 学校や施設でも食べている (学校・施設名: )

アレルギーは…  無  有 (内容: )

相談したい事について具体的にご記入ください

( )