



離乳食クラス相談票

実施日:

赤ちゃんのお名前() (生後 月 日)

生年月日(R 年 月 日) 第()子

赤ちゃんの栄養状況: 母乳 ミルク 混合 / 現在 まだ始めていない

●普段食べているものに☑または記入してください

分類	食べているもの	他に食べているもの
穀類	<input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> パンがゆ <input type="checkbox"/> うどん <input type="checkbox"/> いも	
蛋白質	<input type="checkbox"/> 豆腐 <input type="checkbox"/> 納豆 <input type="checkbox"/> 白身魚 <input type="checkbox"/> 赤身魚 <input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> 卵黄	
乳製品	<input type="checkbox"/> ヨーグルト <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> チーズ <input type="checkbox"/> スキムミルク	
野菜	<input type="checkbox"/> ほうれん草 <input type="checkbox"/> にんじん <input type="checkbox"/> かぼちゃ <input type="checkbox"/> 大根 <input type="checkbox"/> キャベツ	
果物	<input type="checkbox"/> みかん <input type="checkbox"/> りんご <input type="checkbox"/> バナナ	
油類	<input type="checkbox"/> バター <input type="checkbox"/> マーガリン <input type="checkbox"/> サラダ油	
その他	<input type="checkbox"/> わかめ <input type="checkbox"/> 菓子類 <input type="checkbox"/> プリン <input type="checkbox"/> 乳飲料	

●該当する項目に☑または記入してください

赤ちゃんの栄養について聞きたいこと	赤ちゃん・保護者のアレルギー
<input type="checkbox"/> 形状と大きさ、量について	<input type="checkbox"/> 卵
<input type="checkbox"/> 母乳やミルクの量やあげ方	<input type="checkbox"/> 小麦
<input type="checkbox"/> 食物アレルギーについて	<input type="checkbox"/> 乳製品 ()
<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> ナッツ類 ()
	<input type="checkbox"/> えび・かに()
	<input type="checkbox"/> そば ()
	<input type="checkbox"/> その他 ()



●該当する方に☑してください

当日計測を 希望します 希望しません

身長 _____ cm 体重 _____ g カウプ

《記録》

担当()