＜学校→保護者（記入）→主治医→保護者（保存）＞　　　　　　　　　　　　　　　様式４

生活習慣チェックリスト

記入日：西暦　　　　　年　　　月　　　日

※お子さんの生活の様子について、必要事項をご記入し、あてはまるものに○印をつけて　　ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 質　問　事　項 | 回　答 | |
| １ | 朝食を１週間に４～５日食べない日がありますか | はい | いいえ |
| ２ | １日４食以上食べますか | はい | いいえ |
| ３ | 食べるのがはやいですか | はい | いいえ |
| ４ | おかわりをすることが多いですか | はい | いいえ |
| ５ | よくかんで食べていますか | はい | いいえ |
| ６ | おかずは大皿で出ることが多いですか | はい | いいえ |
| ７ | 牛乳やジュースを１日にどのくらい飲みますか | 牛乳　　　　　　　ｍｌ | |
| ジュース　　　　　ｍｌ | |
| ８ | おやつはたくさん食べますか | はい | いいえ |
| ９ | 寝る前の２時間以内に、夕食やおやつを食べますか | はい | いいえ |
| １０ | 夜何時に寝て、朝何時に起きていますか | 就寝　　　　　　　時頃 | |
| 起床　　　　　　　時頃 | |
| １１ | 毎日運動をしていますか | はい | いいえ |
| １２ | テレビとゲームの時間はあわせてどれくらいですか | 時間　　　　分 | |
| １３ | 家の手伝いをしていますか | はい | いいえ |
| １４ | いびきを毎日かきますか | はい | いいえ |
| １５ | 睡眠時に10秒以上呼吸が止まることがありますか | はい | いいえ |