☆★歯科健診来所時　食生活アンケート★☆

川西市保健センター 管理栄養士

～　該当の番号に〇、またはご記入をお願いします　～

★１ 本日、参加されたお子さんの年齢を教えてください。

（　　）歳児

★２　お子さんは朝食を食べますか。

① ほとんど毎日食べる　　② 週４～５日食べる

③ 週２～３日食べる　　④ ほとんど食べない

★２で③④に〇をされた方にお聞きします。

★３　お子さんが朝食を食べない理由は何だと思われますか？

① おなかがすいていない　　② 時間がなくて食べられない

③ 家族が食べない　　④ 機嫌が悪い

⑤ その他（　　）

★４　お子さんの食事のことで気になっていることはありますか。

① 小食　　② 食べ過ぎる

③ 食べるのに時間がかかる　　④ むら食い

⑤ 好き嫌いがある　　⑥ 食べ散らかす

⑦ 食事に集中できない　　⑧ 噛まない

⑨ 自分で食べない　　⑩ アレルギー

⑪ 食事の適量がわからない　　⑫ その他（　　）

⑬ 特になし

～　ご協力ありがとうございました　～

★５ 食育を進める上で開催してほしい教室や催しはありますか？

参考：現在、川西市では３～６歳の幼児（就学前）とその保護者を対象に
親子料理教室や栄養相談を行っています。

☆ 栄養相談をご希望の方は、名前と相談内容をご記入ください。☆
（子どもだけでなく、大人の健康相談もOKです。）

●名　　前

●相談内容