

受付日 年 月 日 面接者：

児童名	ふりがな	男 女	生年月日 年齢	年 月 日生 歳 か月	
保育園・市役所確認 <input type="checkbox"/>	出産の状況	週 体重 g 出産時の異常 無・有 (吸引、早産、仮死、緊急帝王切開など)			
	出産後の状況	首のすわり はいはい	か月 か月	寝返り つたい歩き	か月 か月
	健診状況	4か月児健診	受けた・受けていない	2歳3か月児健診	受けた・受けていない
		1歳6か月児検診	受けた・受けていない	3歳児健診	受けた・受けていない
予防接種		受けている・受けていない	接種後の発熱・異常 ( )・無		
身体状態	*食物アレルギー 無・有 卵・乳・大豆・小麦・ <sup>トウモロコシ</sup> ・ <sup>そば</sup> ・ <sup>魚</sup> ・果物・その他 ( ) ) 除去しているもの ( ) 症状 ( ) 医院名 ( ) 未食のもの ( ) *その他アレルギー 無・有 (アトピー性皮膚炎、喘息、じんましん、他 ) 症状 ( ) 医院名 ( ) *熱性けいれん・てんかん・ヘルニア・視聴覚障害・心臓疾患 無 (いつ頃 ) ・回数 ( 回) *入院、手術歴 無・有 (傷病名 ) ・いつ頃 ) 医院名 ( ) *かかりつけ医 ( ) *脱臼 無・有 (肘・肩 ) 年 月頃)				
生活の様子	*母乳・ミルク (有・無) *離乳食の様子 (初期・中期・後期) <u>回食</u> *食事の様子・伝えておきたいこと ( ) *生活リズム ( 起床 就寝 ) *入眠時の癖 ( ) *昼寝 (午前・午後・していない) 睡眠時の体勢 (仰向け・横向き・うつ伏せ) *好きな遊びや好きなことは何ですか ( ) *日本語以外に日常生活で使用している言語があればその言語 ( 語)				
その他伝えておきたいこと：					
年 齢	保育園・市役所確認欄 [ここには書かないでください]				
0歳児	(前期)・ものに触れると反応が (ある・ない) ・音や光に反応 (する・しない) ・追視が見られるか ・あやすと声を出したり笑うか ・話をする時に目が合うか	(後期) ・手を出して、指先で物をつかむか ・名前を呼ばれたら振り向いたり微笑むか ・人見知り・場所見知りは (ある・ない) ・現在話している言葉・喃語			
1歳児	・指差しがみられるか・単語が出るか・歩行はどうか ・どうぞ、ちょうだい等のやりとりをするか		<面接時の様子>		
2歳児	・自分の思いを言葉で伝えるか・簡単な文章が出るか ・走ることをするか・排泄の状態				
3歳児	・名前、年齢が言えるか ・絵本を見て、名前が言えるか		・外遊びの経験はどうか ・排泄は自立しているか (小便・大便) 後始末 ・着脱は自分でできるか ・集団保育の有無		
4歳児	・名前、年齢が言えるか				
5歳児	・絵本を見て簡単に説明をしたり、こちらの問いかけに答えられるか				

児童氏名 \_\_\_\_\_  
 (生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

※※※※これより下には記入しないでください※※※※

\*児童の状況 [面接年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 面接者: \_\_\_\_\_ ]

聴力	普通・難・未	その他特記事項     病歴
視力	普通・難・未	
言語 (言語)	普通・遅・未	
身体	普通・難	
持病	無・有 ( )	
食物アレルギー	無・有(卵/乳/大豆/小麦/エビ/カニ/魚/果物/その他( )) <small>※食物アレルギー「有」の方が入園決定した場合、入園前に医師が作成した「生活管理指導表」等の提出が必須。</small> 未食( )・離乳食開始前	
その他アレルギー	無・有( )	

\*保育施設・市記載欄

受付者		園確認		幼児教育・ 保育課確認		入力者		確認者	
備考								指数	