

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	
		1歳6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	
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 ()	
身体状態	*食物アレルギー 無・有 (卵・乳・大豆・小麦・ ^ト ビ・ ^ト カ・魚・果物・その他 ()) 除去しているもの () 症状 () 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) *けが、入院、手術歴 無・有 (病名) ・いつ頃 (医院名) *かかりつけ医 () *脱臼 無・有 (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・何か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 ()				
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			
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			
4歳児 5歳児	・名前・年齢が言えるか ・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	(小便・大便) 後始末 ・着脱は自分でできるか ・集団保育の有無			

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	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()	
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	