

# 小規模保育園 月と星 面接資料

令和 年 月 日記入

※該当する内容の□に☑を入れてください

ふりがな	令和 年 月 日生	
児童名	男 ・ 女	シンボルマーク
住所 〒	電話番号 — — ( )	

※ 本人(お子様)を除いて、同居ご家族全員を記入して下さい。

	氏名(ふりがな)	続柄	生年月日	備考
家族状況			□昭□平□令 . .	
			□昭□平□令 . .	
			□昭□平□令 . .	
			□昭□平□令 . .	
			□昭□平□令 . .	
			□昭□平□令 . .	

家庭での呼び名	今までの主な養育者 □父 □母 □祖父 □祖母
---------	-------------------------

父親	勤務先会社名		勤務先☎ — —			
	勤務先所在地					
	所要時間 ( )分	所要時間 ( )分	勤務時間	平日	～	
	自宅	保育園		職場	土曜日	～
	□徒歩	□電車		□車	休日	
□車	□車	□自転車	変則勤務			
□自転車	□自転車	□バイク				
□バイク	□バイク	□その他( )				
□その他( )	□その他( )					

母親	勤務先会社名		勤務先☎ — —			
	勤務先所在地					
	所要時間 ( )分	所要時間 ( )分	勤務時間	平日	～	
	自宅	保育園		職場	土曜日	～
	□徒歩	□電車		□車	休日	
□車	□車	□自転車	変則勤務			
□自転車	□自転車	□バイク				
□バイク	□バイク	□その他( )				
□その他( )	□その他( )					

希望保育時間	平日	:	～	:	まで	送り( )	迎え( )
	土曜日	:	～	:	まで	送り( )	迎え( )

裏面もご記入下さい。

<出生時の状況／体質的特徴>

出産体重(            g) 妊娠時異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり / 出産時異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり													
体質的特徴	・体温 平熱(            度) 現在までの最高(            度)それは何の時ですか(            ) 今まで大きな病気をしたことがありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(            )												
	<table border="0"> <tr> <td>・アレルギー薬品 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(            )</td> <td>・脱臼 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位            )</td> </tr> <tr> <td>・アレルギー食品 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(            )</td> <td>・湿疹 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td>・喘息 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</td> <td>・便秘 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 日間ごとに出る)</td> </tr> <tr> <td>・けいれん <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</td> <td>・気管支炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td>・鼻血 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</td> <td>・扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td></td> <td>・その他 (            )</td> </tr> </table>	・アレルギー薬品 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(            )	・脱臼 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位            )	・アレルギー食品 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(            )	・湿疹 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・喘息 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・便秘 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 日間ごとに出る)	・けいれん <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・気管支炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・鼻血 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		・その他 (            )
・アレルギー薬品 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(            )	・脱臼 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位            )												
・アレルギー食品 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(            )	・湿疹 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有												
・喘息 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・便秘 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 日間ごとに出る)												
・けいれん <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・気管支炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有												
・鼻血 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有												
	・その他 (            )												
定期健診	<input type="checkbox"/> 4ヶ月健診を受けた (結果            ) <input type="checkbox"/> 受けてない <input type="checkbox"/> 10ヶ月健診を受けた (結果            ) <input type="checkbox"/> 受けてない <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月健診を受けた (結果            ) <input type="checkbox"/> 受けてない <input type="checkbox"/> 3歳6ヶ月児健診を受けた (結果            ) <input type="checkbox"/> 受けてない												
発育状況	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> なんごで話す(ウー、アー) (            ヶ月)</td> <td><input type="checkbox"/> 高這い (            ヶ月)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 人見知りをする (            ヶ月)</td> <td><input type="checkbox"/> お座り (            ヶ月)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 首が座る (            ヶ月)</td> <td><input type="checkbox"/> つかまり立ちする (            ヶ月)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 寝返りを始める (            ヶ月)</td> <td><input type="checkbox"/> ひとり立ちする (            ヶ月)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ずり這い (            ヶ月)</td> <td><input type="checkbox"/> 伝い歩きする (            ヶ月)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 四つ這い (            ヶ月)</td> <td><input type="checkbox"/> ひとり歩きする (            ヶ月)</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> なんごで話す(ウー、アー) (            ヶ月)	<input type="checkbox"/> 高這い (            ヶ月)	<input type="checkbox"/> 人見知りをする (            ヶ月)	<input type="checkbox"/> お座り (            ヶ月)	<input type="checkbox"/> 首が座る (            ヶ月)	<input type="checkbox"/> つかまり立ちする (            ヶ月)	<input type="checkbox"/> 寝返りを始める (            ヶ月)	<input type="checkbox"/> ひとり立ちする (            ヶ月)	<input type="checkbox"/> ずり這い (            ヶ月)	<input type="checkbox"/> 伝い歩きする (            ヶ月)	<input type="checkbox"/> 四つ這い (            ヶ月)	<input type="checkbox"/> ひとり歩きする (            ヶ月)
<input type="checkbox"/> なんごで話す(ウー、アー) (            ヶ月)	<input type="checkbox"/> 高這い (            ヶ月)												
<input type="checkbox"/> 人見知りをする (            ヶ月)	<input type="checkbox"/> お座り (            ヶ月)												
<input type="checkbox"/> 首が座る (            ヶ月)	<input type="checkbox"/> つかまり立ちする (            ヶ月)												
<input type="checkbox"/> 寝返りを始める (            ヶ月)	<input type="checkbox"/> ひとり立ちする (            ヶ月)												
<input type="checkbox"/> ずり這い (            ヶ月)	<input type="checkbox"/> 伝い歩きする (            ヶ月)												
<input type="checkbox"/> 四つ這い (            ヶ月)	<input type="checkbox"/> ひとり歩きする (            ヶ月)												
予防接種	<input type="checkbox"/> ヒブ(    回) <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌(    回) <input type="checkbox"/> B型肝炎(    回) <input type="checkbox"/> 四種混合(破傷風・ジフテリア・百日ぜき、ポリオ) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 風疹、麻疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ												

遊び	好きな玩具	
	好きな遊び	
	何に興味があるか	
どんな子に育って欲しいか		
現在困っていること(あればお書きください)		

<食事について> 1歳児クラスの方のみご記入下さい。

時間	日課	(種類)
4	(例)	授乳
5	睡眠	
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15	離乳食	
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
1		
2		
3		

<生活面について> 全員の方がご記入下さい。

睡眠	場所	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団(畳) <input type="checkbox"/> 布団(床) <input type="checkbox"/> その他( )		
	寝つき	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪		
	寝起き	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪		
	寝かせ方	<input type="checkbox"/> 一人で <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> 抱っこ		
	姿勢	<input type="checkbox"/> うつ伏せ <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> 横向き		
	熟睡度	<input type="checkbox"/> 浅い <input type="checkbox"/> 深い		
	くせ	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無		
排泄	便性状	<input type="checkbox"/> 硬め <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ゆるめ <input type="checkbox"/> 便秘気味	回数	日( )回
	オムツ	<input type="checkbox"/> 布オムツ <input type="checkbox"/> 紙オムツ		
清潔	入浴	主に誰と( )時間( )		爪切り 月( )回
	歯磨き	主に誰と( )時間(朝 夜 )		

ご記入ありがとうございました