

乳児(0, 1歳)面接調書

ナオミ保育園 (ぐみ)

該当箇所は✓をお願いします

記入日 年 月 日

ふりがな	男	生年月日	年 月 日 (才 ヶ月)
名前	女	愛称	
A 今までの保育状況	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 保育ママ <input type="checkbox"/> 保育室() ヶ月から <input type="checkbox"/> 他の保育園() ヶ月から <input type="checkbox"/> その他()		
B 食事 1 母乳・ミルク	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク(商品名) ミルクの一回量(cc) 一日の回数(回) 乳首の種類() 穴のサイズ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> その他 飲み方(抱っこ・ラック・寝かせて・哺乳瓶を自分で持つ) 1日の授乳時間(時, 時, 時, 時, 時, 時, 時, 時,)		
2 離乳食	離乳食(ヶ月～ ヶ月) 2回食(ヶ月～ ヶ月) 3回食(ヶ月～ ヶ月) 主食() どんなものを与えていますか 野菜() 魚肉類()		
3 食事形態	大人と同じ食事形態で <input type="checkbox"/> ほぼなんでも食べる <input type="checkbox"/> 好き嫌いがある		
4 食べ方	<input type="checkbox"/> 大人が食べさせる <input type="checkbox"/> 手づかみ食べ <input type="checkbox"/> スプーンを使って		
5 食事体形	<input type="checkbox"/> 椅子に座って <input type="checkbox"/> 抱っこして <input type="checkbox"/> 床、畳に座って <input type="checkbox"/> 動きまわりながら		
6 アレルギーについて	<input type="checkbox"/> 家族にアレルギーが(・いる ・いない) (父・母・祖父・祖母・兄弟・本人) 今までに食物で湿疹、じんましんが出たことが <input type="checkbox"/> ある(食材名:) <input type="checkbox"/> ない お医者さんにアレルギーと診断されたことがありますか <input type="checkbox"/> ある(診断名: 病院名:) <input type="checkbox"/> ない アナフィラシーショックを起こしたことがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
7 おやつ	どんなものを与えていますか <input type="checkbox"/> 市販のお菓子 <input type="checkbox"/> 手づくり <input type="checkbox"/> その他() 与え方 <input type="checkbox"/> ほしがるとき(回) <input type="checkbox"/> 時間を決めて(時, 時) <input type="checkbox"/> その他 牛乳は <input type="checkbox"/> 飲んでる(コップ・哺乳瓶) <input type="checkbox"/> 飲んでない		
C 睡眠 ① 時間	入眠起床時間は何時ごろですか 入眠(:) 起床(:) 午睡時間(: ~ : , : ~ : , : ~ :)		
② 寝るときの癖	寝るときの癖が <input type="checkbox"/> ある(抱っこ、おんぶ、哺乳瓶をくわえて、母乳を飲みながら、) <input type="checkbox"/> ない 寝つきは <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> わるい		

D排泄	現在 <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> 布おむつ 一日に使う紙パンツ利用枚数 (<input type="text"/> 枚程度)	
	排便が毎日 <input type="checkbox"/> ある一日 <input type="checkbox"/> 回 出る時間 (<input type="text"/> 時と <input type="text"/> 時ごろ) <input type="checkbox"/> ない 日間隔に出る)	
	排便はスムーズで (<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 排便時苦しそう)	
	オシッコやウンチを 教えますか	言葉で <input type="checkbox"/> 教える <input type="checkbox"/> 教えない 動作で <input type="checkbox"/> 教える「どんなふうに」(<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 教えない
	ウンチやオシッコは <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> オマル <input type="checkbox"/> トイレです	
E健康状態	今までにかかった病気 と罹った時期	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 (<input type="text"/> ヶ月) <input type="checkbox"/> 水痘 (水疱瘡) (<input type="text"/> ヶ月) <input type="checkbox"/> はしか (<input type="text"/> ヶ月) <input type="checkbox"/> 風疹 (<input type="text"/> ヶ月) <input type="checkbox"/> 百日ぜき (<input type="text"/> ヶ月)
	平熱は… (<input type="text"/> ℃)	
	出生時の身長 <input type="text"/> cm	出生時の体重 <input type="text"/> g
	現在の身長 <input type="text"/> cm	現在の体重 <input type="text"/> kg
	今までに熱性けいれんを起こしたことが <input type="checkbox"/> ある (BT <input type="text"/> ℃のとき) <input type="checkbox"/> ない	
	熱性けいれんの際抗けいれん薬を使用して <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
	体調管理などで何か気をつけていることはありますか (<input type="text"/>)	
F遊び	好きなおもちゃは(例 ボール・ガラガラ等) (<input type="text"/>)	
	どんな遊びをしますか(例 落とす・食べる真似等) (<input type="text"/>)	
G成長発達 赤ちゃん の(頃)の 発達につ いて	・くびがすわりましたか (<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ヶ月頃、 <input type="checkbox"/> まだ)	
	・あやすとよく笑いますか (<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)	
	・見えない方向から声をかけると声がしたほうに顔を向けますか (<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)	
	・寝がえりをしますか (<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ヶ月ごろ、 <input type="checkbox"/> いいえ)	
	・お座りをしますか (<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ヶ月ごろ、 <input type="checkbox"/> いいえ)	
	・近くにある玩具に手をのびますか (<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)	
	・ハイハイをしますか (<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ヶ月ごろ、 <input type="checkbox"/> いいえ)	
	・つかまり立ちが出来ますか (<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ヶ月ごろ、 <input type="checkbox"/> いいえ)	
	・機嫌良く一人遊びが出来ますか (<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)	
成長、発達で気がかりなこと保育園に伝えておきたいことがあれば記入してください		