

入園児面接ヒアリングシート（0歳児）

（ひよこ組）

2020年度 月入園 実施日： 年 月 日 / 担当者（ ）

ふりがな	性別	ふりがな	性別
園児氏名	男・女	保護者氏名	
生年月日	年 月 日生	月 齢	歳 カ月
		続柄	

※該当するものは□にレ点・（ ）内には記入をお願い致します。

保育利用形態	□標準（11時間） □短時間（8時間）															
利用時間 <small>（現在わかっている範囲でお答えください）</small>	平日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 ※9時までの登園にご協力お願い致します。 送り時間 ①（ : ） ②（ : ） □勤務時間まだ未定 迎え時間 ①（ : ） ②（ : ） （ / ）頃決定予定														
	土曜	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 毎週利用 <input type="checkbox"/> 隔週利用 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> その他（ ）														
送迎予定者 氏名	送り	① 続柄（ ）	② 続柄（ ）													
	迎え	① 続柄（ ）	② 続柄（ ）													
延長保育	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用する 利用時間 ①（18:00～ : ） （備考 ） ②（18:00～ : ）															
延長保育時の 補食・夕食の有無	<input type="checkbox"/> 補食を利用する（19:00以降ご利用の方） <input type="checkbox"/> 延長しても補食・夕食は利用しない <input type="checkbox"/> 夕食を利用する（20:00以降ご利用の方） （備考 ）															
ミルク	母乳 <input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> ミルクと混合 <input type="checkbox"/> 卒乳 現在飲んでいるミルクメーカー <input type="checkbox"/> ほほえみ <input type="checkbox"/> その他（ ） ※園では、ほほえみを使用します。どうしても飲めないなどの理由がある方は、 ご相談ください。（ ） 1回のミルクの量（ ml） 哺乳瓶乳首のサイズ <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LL 時間（ 時間おき）															
食事	離乳食： <input type="checkbox"/> 初期食 <input type="checkbox"/> 中期食 <input type="checkbox"/> 後期食 量： <input type="checkbox"/> よく食べる <input type="checkbox"/> ムラがある <input type="checkbox"/> あまり食べない 無・有 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> その他（ ） アレルギー発症時期（ 歳 カ月） 検査結果（ ）															
アレルギー	※食物アレルギーに関する記入用紙を後日別でお配りいたしますのでここでは簡単な記入で構いません。															
午睡時間	午睡時間帯を塗りつぶしてください。 9:00 10:00 10:30 11:00 11:30 12:00 12:30 13:00 13:30 14:00 14:30 15:00 <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table> 午睡時の寝方 <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> 横向き <input type="checkbox"/> その他（ ） 午睡時の癖・習慣 <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 寝相が悪い <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> その他（ ）															
排泄	尿： <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> トイレ 便： <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> トイレ															
健康状態 病歴	ひきつけ： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 歳 カ月） 熱性けいれん： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 歳 カ月） 関節脱臼： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 歳 カ月）（部位 ） 持病・手術の経験： <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病名 ）															
慣らし保育時の 緊急連絡先	① （ ）	② （ ）	③ （ ）													
備考：																