

幼児面接記録票(2～4歳8ヶ月児)

面接日 年 月 日

面接者

ふりがな 児童氏名	男 女	出生時体重 g (週 日)		希望園
		現在の体重 g		入園希望日
生年月日	年 月 日	第 子	歳 ヶ月	歳児クラス
妊娠経過	順調・問題あり ()		出産経過	順調・問題あり ()
生育歴	首のすわり (ヶ月)・歩き始め (歳 ヶ月)			
食習慣	<input type="checkbox"/> 食べさせている (汚れる・時間がかかる・食べようとしめない・その他_____の理由で) <input type="checkbox"/> 自分で食べている <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン・フォーク <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 食事中TVをつけている <input type="checkbox"/> 朝食を食べる習慣がない <input type="checkbox"/> 時間がなくて食べられない 食事時間 朝食 : 頃・夕食 : 頃 誰と食べますか () 間食 1日 回 時間は : 頃内容 () よく飲む飲み物は(水・茶・ｲﾝﾃﾞｰﾙ飲料・ｼﾞｬｰｽ・その他) 摂取量は1日約 () ml・本			
生活習慣	家族の喫煙歴(母・父・その他) 歯みがきは () 回/日 <input type="checkbox"/> 仕上げ磨き テレビ・ビデオを見る時間は(約) 時間/日 爪切り () 回/週 習癖(くせ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> おしゃぶり <input type="checkbox"/> お気に入りがある			
着脱	一人で <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 簡単なものはできる <input type="checkbox"/> 前後裏表をよく間違える <input type="checkbox"/> できない ボタン掛け <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> しようとする <input type="checkbox"/> できない			
健康	既往歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 肘内障_____回 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん_____回 治療や経過観察 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 薬の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 除去食品 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () アレルギーで処方されている薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () エピペン <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 血液などで感染する病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 集団生活上の注意 () 家族のアレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
健診	<input type="checkbox"/> 1歳半 <input type="checkbox"/> 2歳8ヶ月 <input type="checkbox"/> 3歳 <input type="checkbox"/> 受けていない(理由) 最終健診日 年 月 日 (健康・要観察)			
予防接種	<input type="checkbox"/> 接種済 ロタウイルス(1・2・3) インフルエンザ菌B型(Hib)(1・2・3・追) 小児肺炎球菌(1・2・3・追) B型肝炎(1・2・3) 四・五種混合(1・2・3・追) ○をつけてください BCG 麻しん風しん(1・2) 水痘(1・2) おたふくかぜ(1・2) 日本脳炎(1・2・追) <input type="checkbox"/> 受ける予定がない			
睡眠	起床時間 : 頃 就寝時間 : 頃(理由) 昼寝 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する(1回目 : ~ / 2回目 : ~) <input type="checkbox"/> 不定期			
排泄	オムツ <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ <input type="checkbox"/> パンツ(自立) <input type="checkbox"/> 寝る時のみ 排尿 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 出る前におしえる <input type="checkbox"/> 出てからおしえる <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 夜尿あり 尿回数 回/日 便回数 日 回 便の始末 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない			
集団生活	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
ことば	<input type="checkbox"/> 発語なし <input type="checkbox"/> 単語 <input type="checkbox"/> 二語文 <input type="checkbox"/> 三語文 <input type="checkbox"/> 会話できる <input type="checkbox"/> 発音不明瞭 <input type="checkbox"/> 奇声をあげる			
遊び	どんな遊びが好きですか 屋外 () 室内 () 主に誰と遊びますか () 休日の過ごし方			

- 発達面で心配なこと ()
困っていること・心配なこと ()
体調面や行動面で気をつけること・知らせておきたいこと ()

運動・操作・対人	月齢	社会性・言語
<input type="checkbox"/> ボールを前にける <input type="checkbox"/> 積み木を横に2個以上ならべる <input type="checkbox"/> 排尿を予告する	～2歳	<input type="checkbox"/> 親から離れて遊ぶ <input type="checkbox"/> 二語文を話す（「わんわんきた」など） <input type="checkbox"/> 「もう一つ」「もう少し」がわかる
<input type="checkbox"/> 両足でぴよんぴよん跳ぶ <input type="checkbox"/> 鉄棒などに両手でぶらさがる <input type="checkbox"/> ひとりでパンツをはく	～2歳 3ヶ月	<input type="checkbox"/> 電話ごっこをする <input type="checkbox"/> 「きれいね」「おいしいね」などの表現ができる <input type="checkbox"/> 鼻・髪・歯・舌・へそ・爪を指さす（4/6）
<input type="checkbox"/> 足を交互に出して階段をあげる <input type="checkbox"/> まねて直線を引く <input type="checkbox"/> こぼさないで一人でたべる	～2歳 6ヶ月	<input type="checkbox"/> 友だちとけんかをすると言いつけにくる <input type="checkbox"/> 自分の姓名を言う <input type="checkbox"/> 大きい・小さいがわかる
<input type="checkbox"/> 立ったままぐるりと回る <input type="checkbox"/> まねて○を書く <input type="checkbox"/> 靴をひとりではく	～2歳 9か月	<input type="checkbox"/> 年下の子どもの世話を焼きたがる <input type="checkbox"/> 数をまねて言える（2/3） 5－8・6－2・3－9 <input type="checkbox"/> 長い・短いがわかる
<input type="checkbox"/> 片足で2～3秒立つ <input type="checkbox"/> はさみを使って紙を切る <input type="checkbox"/> 上着を自分で脱ぐ	～3歳	<input type="checkbox"/> ままごとで役を演じることができる <input type="checkbox"/> 短い文をまねて言える（2/3） 小さな人形・赤い風船・おいしいお菓子 <input type="checkbox"/> 赤・青・黄・緑がわかる（4/4）
<input type="checkbox"/> でんぐりがえしをする <input type="checkbox"/> ボタンをはめる <input type="checkbox"/> 顔を一人で洗う	～3歳 4ヶ月	<input type="checkbox"/> 「こうしていい？」と許可を求める <input type="checkbox"/> 同年齢の子どもと会話ができる <input type="checkbox"/> 高い・低いがわかる
<input type="checkbox"/> 両足をそろえて前に飛ぶ <input type="checkbox"/> 十字を書く <input type="checkbox"/> 鼻をかむ	～3歳 8ヶ月	<input type="checkbox"/> 友だちと順番にものを使う <input type="checkbox"/> 文をまねて言える（2/3） ・きれいな花が咲いています ・飛行機は空を飛びます ・上手に歌をうたいます <input type="checkbox"/> 数の概念がわかる（3まで）
<input type="checkbox"/> 片足で数歩跳ぶ <input type="checkbox"/> 紙を直線に沿って切る <input type="checkbox"/> 入浴時ある程度自分で体を洗う	～4歳	<input type="checkbox"/> 母親に断って友だちの家に遊びに行く <input type="checkbox"/> 両親の姓名・住所を言う <input type="checkbox"/> 用途を伝えると物の名前を言える（5/5） ・本 ・鉛筆 ・時計 ・いす ・電気など
<input type="checkbox"/> ブランコに立ち乗りしてこぐ <input type="checkbox"/> はずむボールをつかむ <input type="checkbox"/> 信号を見て正しく道路を渡る	～4歳 4ヶ月	<input type="checkbox"/> ジャンケンで勝負をきめる <input type="checkbox"/> 数の概念がわかる（5まで） <input type="checkbox"/> 数をまねて言える（2/3） 5－2－4－9 6－8－3－5 ・ 7－3－2－8
<input type="checkbox"/> スキップができる <input type="checkbox"/> 紙飛行機を自分で折る <input type="checkbox"/> 一人で着衣ができる <input type="checkbox"/> 2～3人でないしょ話をする <input type="checkbox"/> 食器を洗い場に持っていくなど食後のかたづけを手伝う	～4歳 8ヶ月	<input type="checkbox"/> 砂場で二人以上で協力し、一つの山を作る <input type="checkbox"/> 「左右」がわかる <input type="checkbox"/> 文をまねて言える ・子どもが二人ブランコにのっています ・山の上に大きな月が出ました ・きのうお母さんと買い物に行きました
<input type="checkbox"/> 20ピースのジグソーパズルができる <input type="checkbox"/> じゃんけんて順番を決める <input type="checkbox"/> 交差点の信号を見て正しく渡る	～4歳 10ヶ月	<input type="checkbox"/> 寝る前に自分からトイレに行く <input type="checkbox"/> しりとり遊びができる <input type="checkbox"/> 「親切」がわかる
<input type="checkbox"/> 後ろから名前を呼ぶと振り向きですか	全年齢	<input type="checkbox"/> 買い物などで迷子になることがありますか

面接者から園へ伝えること

- 給食食品調査票の配布
- 給食食物アレルギー対応書類の配布
- 医師の意見書配布（疾病・アレルギー）