

はなみずき保育園 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	H・R 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、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			S・H・R . .		
			S・H・R . .		
			S・H・R . .		
			S・H・R . .		
			S・H・R . .		
			S・H・R . .		
家庭での呼び名			今までの主な養育者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母		
父親	会社名		勤務先 ☎ — —		
	所在地		携帯電話 — —		
	自宅	所要時間 ()分	保育園	所要時間 ()分	職場
	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> その他()		勤務時間
					平日 ~ 土曜日 ~ 休日 変則勤務
母親	会社名		勤務先 ☎ — —		
	所在地		携帯電話 — —		
	自宅	所要時間 ()分	保育園	所要時間 ()分	職場
	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> その他()		勤務時間
					平日 ~ 土曜日 ~ 休日 変則勤務
希望保 育時間	平日	送り() 迎え()			
	土曜日	送り() 迎え()			

<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>・給食の対応 <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>・喘息 <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>・けいれん <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>・鼻血 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</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	・給食の対応 <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)	・喘息 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・気管支炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・けいれん <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・鼻血 <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												
・給食の対応 <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)												
・喘息 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・気管支炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有												
・けいれん <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有												
・鼻血 <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"/> ポリオ() <input type="checkbox"/> 三種混合(破傷風・ジフテリア・百日ぜき)() <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"/> 水疱 <input type="checkbox"/> 風疹、麻疹 <input type="checkbox"/> 耳下腺炎 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> ヒブワクチン <input type="checkbox"/> 日本脳炎												

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> 0、1歳児の方のみご記入下さい。

時間	日課	
4	(例)	(種類)
5	睡眠	<input type="checkbox"/> 母乳のみ <input type="checkbox"/> 混合栄養()ヶ月から <input type="checkbox"/> 人工栄養()ヶ月から <input type="checkbox"/> 牛乳()ヶ月から ※ご家庭で試して頂いた後、1歳過ぎたらおやつの際に生の牛乳を飲みます <input type="checkbox"/> フォローアップミルク()ヶ月から
6		授乳
7		(ミルク)
8		メーカー()品名() 乳首メーカー() 乳首のサイズ S・M・L・X・Y
9		(吐乳)
10		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
11		(開始)
12		・ 野菜スープ()ヶ月頃 ・ 果汁()ヶ月頃 ・ お粥を食べ始めた時期()ヶ月頃
13		(1回の食事時間)
14		離乳食+母乳またはミルク()分くらい
15		(味つけ)
16		<input type="checkbox"/> 子どもに合わせる <input type="checkbox"/> 大人と同じ <input type="checkbox"/> ものによっては、子どもに合わせる
17		(好き嫌いについて)
18		・ 特に好きなもの… ・ 特に嫌いなもの…
19		(使っているベビーフード)
20		<input type="checkbox"/> 穀類 <input type="checkbox"/> レバー <input type="checkbox"/> 肉+野菜 <input type="checkbox"/> 魚+野菜 <input type="checkbox"/> 野菜類 <input type="checkbox"/> スープ類 <input type="checkbox"/> 果汁 <input type="checkbox"/> その他()
21	離乳食	
22	(食べさせ方)	
23	<input type="checkbox"/> 抱いて <input type="checkbox"/> 椅子に座らせて	
24	(場所)	
1	(食べ方)	
2	<input type="checkbox"/> 気になる <input type="checkbox"/> 気にならない ※ 食べ方が気になる方 <input type="checkbox"/> かまずに飲み込む <input type="checkbox"/> 早食い <input type="checkbox"/> 時間がかかる()分 <input type="checkbox"/> 口を開けたままかむ <input type="checkbox"/> 遊びながら食べる <input type="checkbox"/> その他()	
3	(今使用している食器具)	
	<input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> マグマグ <input type="checkbox"/> ストロー その他()	
	(今の生歯状況)	
	上()本 下()本	

<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"/> 畳 <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