

入園児面接ヒヤリングシート

年度 月入園 実施日 年 月 日 担当者 ()

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

※該当するものには 、() 内には記入をお願いします。

保育利用形態		開園：月曜日～日曜日 7：00～20：00 体調不良児保育（月～金 8：00～17：00）																										
利用時間	平日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 ※現在認可申込中（今後予定）である・ない 送り時間 ①（ : ） 送り時間 ②（ : ） <input type="checkbox"/> 勤務時間未定 迎え時間 ①（ : ） 迎え時間 ②（ : ） （ / ）頃決定																										
	土日祝	<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（ ）																										
住所	〒																											
電話番号	TEL																											
勤務先	お父様		お母様																									
送迎予定者 氏名	送り	① 続柄（ ）		② 続柄（ ）																								
	迎え	② 続柄（ ）		② 続柄（ ）																								
保育中の緊急連絡先	①		②		③																							
	（ ）		（ ）		（ ）																							
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"/> はいはい <input type="checkbox"/> その他（ ） 1回のミルク量（ ml） 時間（ 時間おき） 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																											
	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 食事量 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ふつう 使用できるもの <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 箸 好き嫌い <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 全くない 食事時間 <input type="checkbox"/> 30分以内 <input type="checkbox"/> 1時間以内 <input type="checkbox"/> 1時間以上																											
アレルギー	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 ヲ月） アレルギー等がある場合は、別紙にて詳細を記入いただきます 検査結果（ ）																											
	午睡時間帯を塗りつぶしてください。 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border: none; padding-right: 5px;">9:00</td><td style="border: none; padding-right: 5px;">10:00</td><td style="border: none; padding-right: 5px;">10:30</td><td style="border: none; padding-right: 5px;">11:00</td><td style="border: none; padding-right: 5px;">11:30</td><td style="border: none; padding-right: 5px;">12:00</td><td style="border: none; padding-right: 5px;">12:30</td><td style="border: none; padding-right: 5px;">13:00</td><td style="border: none; padding-right: 5px;">13:30</td><td style="border: none; padding-right: 5px;">14:00</td><td style="border: none; padding-right: 5px;">14:30</td><td style="border: none; padding-right: 5px;">15:00</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table>					9:00	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00											
9:00	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00																	
午睡	午睡時の寝方 <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> 横向け <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（ ）																											
	尿 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> トイレ（女児の場合自分で 拭ける・拭けない） 便 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> トイレ（自分で 拭ける・拭けない） ☆トレーニング中のお子様：午睡中はおむつを <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない																											
健康状態 病歴	ひきつけ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 歳 ヲ月） 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 歳 ヲ月） 関節脱臼 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 歳 ヲ月）（部位） 持病・手術の経験 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（病名）																											
	好きな遊び玩具																											

