

幼児面接記録票(4歳4ヶ月～6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・食べようとしない・その他) () <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 : 内容 () よく飲む飲み物は () で、摂取量は 1日 () 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 () 時間/日 爪切り () 回/週 習癖(くせ) <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) 四種混合(1・2・3・追) <input type="checkbox"/> 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"/> 受けるつもりはない			
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"/> 出たからおしえる <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	年齢	社会性・言語
<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"/> じゃんけんで順番を決める <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"/> 子どもだけでリレー遊びができる <input type="checkbox"/> クレヨンと絵の具を使い分ける <input type="checkbox"/> 親に行き先を行って遊びに行く	~5歳	<input type="checkbox"/> わからない字があるとたずねる
<input type="checkbox"/> ボールを3回くらいドリブルできる <input type="checkbox"/> 経験したことを絵に書く <input type="checkbox"/> 禁止行為をした子に注意する	~5歳 2ヶ月	<input type="checkbox"/> なぞなぞ遊びができる
<input type="checkbox"/> ジャングルジムで地面に降りずに追いかけてこする <input type="checkbox"/> カセットデッキを操作する <input type="checkbox"/> ブランコを立ちのりで大きくこげる	~5歳 5ヶ月	<input type="checkbox"/> シール・人形などを友だちと交換する <input type="checkbox"/> 「成功」がわかる
<input type="checkbox"/> ひし形が書ける <input type="checkbox"/> 一人でなわとびができる <input type="checkbox"/> 「これいくら？」と値段をきく	~5歳 8ヶ月	<input type="checkbox"/> 曜日を全て言える <input type="checkbox"/> 5以下の足し算ができる <input type="checkbox"/> 自分で顔を洗える <input type="checkbox"/> 自分の誕生日がわかる（生年月日）
<input type="checkbox"/> 聞いたことを絵に書ける	~6歳	<input type="checkbox"/> 3つの数字を逆に言える <input type="checkbox"/> ひらがな46字が全て読める
<input type="checkbox"/> 補助輪なしで自転車に乗れる <input type="checkbox"/> 地図や地球儀に興味を持つ <input type="checkbox"/> 野球など組織だった遊びをする	~6歳 2ヶ月	<input type="checkbox"/> 「ここで待っていて」といわれると15分くらい待っている <input type="checkbox"/> 「ムダ」がわかる <input type="checkbox"/> 公園へ行く道などを正しく説明できる <input type="checkbox"/> 何月何日かわかる
	6:4	<input type="checkbox"/> 「勇気」がわかる
<input type="checkbox"/> いたづらをしてしかられると次からやらない	6:6	<input type="checkbox"/> 「冒険」がわかる
<input type="checkbox"/> かわいそうな話をきくと涙ぐむ	6:8	<input type="checkbox"/> 「生活」がわかる
<input type="checkbox"/> 後ろから名前を呼ぶと振り向きですか <input type="checkbox"/> 眼と眼はしっかりあいますか	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 <input type="checkbox"/> 注意してもいう事を聞かずに困ることがよくありますか

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）