

乳児面接記録票(0-1歳児)

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	希望園	
		現在の体重	g	入園日:	年 月 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)		
哺 乳	<input type="checkbox"/> 断乳済み <input type="checkbox"/> 母乳のみ <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルクのみ ミルク名 () ミルク cc× 回 母乳 回 <input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> マグマグ <input type="checkbox"/> その他 ()				
離 乳 食	<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 普通()回食 <input type="checkbox"/> よく嚙んでいる <input type="checkbox"/> あまり嚙まない				
間 食	1日 回 時間は : 内容 ()				
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"/> 自分で食べようとする <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> マグマグなど <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> コップ <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 朝食 : 頃 夕食 : 頃 誰と食べますか ()				
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"/> 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 ()				
健 康	既往歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 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 家族のアレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 感染症・キャリア <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 集団生活上の注意 ()				
健 診	<input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 3~4ヶ月 <input type="checkbox"/> 6~7ヶ月 <input type="checkbox"/> 9~10ヶ月 <input type="checkbox"/> 1歳 <input type="checkbox"/> 1歳半 <input type="checkbox"/> 健診時、要経過観察・注意事項を指摘された ()				
予防接種	<input type="checkbox"/> 済み 四種混合 (①②③追加)・BCG・MR・HiB (①②③追加)・肺炎球菌 (①②③追加) 水痘 (①②)・おたふく (①②)・ロタ (①②③)・B型肝炎 (①②③追加) <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 寝付くまでの姿勢 <input type="checkbox"/> あおむけ <input type="checkbox"/> うつぶせ <input type="checkbox"/> 横向き <input type="checkbox"/> 授乳しながら 夜泣き <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
排 泄	オムツの種類 <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> 布 <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ <input type="checkbox"/> パンツ (自立) 尿回数 回/日 便回数 日 回				
集団生活	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
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 ()				

給食食品調査票の配布 医師の意見書配布 (疾病・アレルギー)

発達面で心配なこと ()

子育てをしていて困っていること・心配なこと ()

気をつけること・知らせておきたいこと ()

運 動 ・ 感 覚	月 齢	社 会 性 ・ 言 語
<input type="checkbox"/> 仰向けで顔の向きを変える	1	<input type="checkbox"/> ないている時に抱き上げると静まる <input type="checkbox"/> 大きな音に反応する
<input type="checkbox"/> 腹ばいで顔を少しあげる <input type="checkbox"/> 手を口に持って行ってしゃぶる	2	<input type="checkbox"/> 人の顔をじっと見つめる <input type="checkbox"/> いろいろな泣き声を出す
	3	<input type="checkbox"/> 人の声ができる方を向く <input type="checkbox"/> アー、ウーなどの声を出す
<input type="checkbox"/> 首がすわる	4	<input type="checkbox"/> 声を出して笑う
<input type="checkbox"/> 体を横にすると、寝返りする <input type="checkbox"/> ガラガラを振る	5	<input type="checkbox"/> 人を見ると笑いかける <input type="checkbox"/> キャーキャー言う
<input type="checkbox"/> 寝返りができる <input type="checkbox"/> 手を出して物をつかむ	6	<input type="checkbox"/> 鏡に反応する <input type="checkbox"/> 人に向かって手を出す
<input type="checkbox"/> 腹ばいで体をまわす <input type="checkbox"/> おもちゃを持ち替える (片手→反対の手)	7	<input type="checkbox"/> 親しみや怒った顔・感情がわかる <input type="checkbox"/> おもちゃなどに向かって声を出す
<input type="checkbox"/> 座って遊べる <input type="checkbox"/> 親指と人指し指で物がつまめる	8	<input type="checkbox"/> 鏡を見て笑ったり、話しかけたりする <input type="checkbox"/> マ・バ・パの音が出る <input type="checkbox"/> 顔を拭くと嫌がる
<input type="checkbox"/> つかまると立ってられる <input type="checkbox"/> テーブルやたいこをたたく	9	<input type="checkbox"/> おもちゃをとられると不快を示す <input type="checkbox"/> タ・ダ・チャの音が出る
<input type="checkbox"/> つかまって立ち上がる	10	<input type="checkbox"/> 身振りのまねができる <input type="checkbox"/> ダメといわれると手を引っ込める <input type="checkbox"/> 喃語がある
<input type="checkbox"/> つたい歩きができる <input type="checkbox"/> おもちゃの車を手で走らせる	11	<input type="checkbox"/> 人見知りをする <input type="checkbox"/> バイバイに反応する
<input type="checkbox"/> 座った位置からつかまらないで立てる <input type="checkbox"/> なぐりがきをする	12	<input type="checkbox"/> 要求の理解 (おいで・ちょうだい・ねんねのうち1つ) <input type="checkbox"/> ことばを1～2語正確にまねる
<input type="checkbox"/> ひとり歩きができる <input type="checkbox"/> コップの中の小粒をとる	～1歳 2ヵ月	<input type="checkbox"/> 2語言える <input type="checkbox"/> ほめられると同じ動作を繰り返す <input type="checkbox"/> 要求の理解 (上記の3語すべて)
<input type="checkbox"/> 靴をはいて歩く (靴ははけなくてよい) <input type="checkbox"/> 積み木を2個重ねる <input type="checkbox"/> 手をもてば、階段の上り下りができる	～1歳 4ヶ月	<input type="checkbox"/> 3語言える <input type="checkbox"/> 手伝いをする <input type="checkbox"/> 簡単な命令がわかる (新聞持ってきて)
<input type="checkbox"/> 走ることができる <input type="checkbox"/> コップからコップへ水を移す <input type="checkbox"/> 滑り台に登り、滑り降りられる	～1歳 6ヶ月	<input type="checkbox"/> パンツをはかせるとき、両足を広げる <input type="checkbox"/> 絵本が好き。本の中の物の名前が1つ言える <input type="checkbox"/> 困った時助けを求める
<input type="checkbox"/> 階段を上る (足をそろえながら) <input type="checkbox"/> 鉛筆でグルグル丸をかける <input type="checkbox"/> つかまらずに、後ろ向きに歩ける	～1歳 9か月	<input type="checkbox"/> 友達と手をつなぐ <input type="checkbox"/> 絵本の中の物の名前を3つ以上言える <input type="checkbox"/> 眼・口・耳・手・足・腹のうち4つがわかる
<input type="checkbox"/> ボールをける <input type="checkbox"/> 積み木を2つ以上横に並べる <input type="checkbox"/> 椅子などから飛び降りる	～2歳	<input type="checkbox"/> 2語文を言う <input type="checkbox"/> もう少し・もう一つがわかる <input type="checkbox"/> 電話ごっこができる

後ろから名前を呼ぶと振り向きますか

眼と眼はしっかりあいますか