

入園児面接ヒアリングシート（0歳児）

（ひよこ組）

2020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 | カ月 |
| | | | 続柄 | |

※該当するものは□にレ点・（ ）内には記入をお願い致します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保育利用形態 | □標準（11時間） □短時間（8時間） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用時間 <small>（現在わかっている範囲でお答えください）</small> | 平日 | <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 ※9時までの登園にご協力お願い致します。 送り時間 ①（ : ） ②（ : ） □勤務時間まだ未定 迎え時間 ①（ : ） ②（ : ） （ / ）頃決定予定 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 土曜 | <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（ ） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 延長保育 （1歳1か月から） | <input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用する 利用時間 ①（18:00～ : ） （備考） ②（18:00～ : ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 延長保育時の 補食・夕食の有無 | <input type="checkbox"/> 補食を利用する（18:30以降ご利用の方） <input type="checkbox"/> 延長しても補食・夕食は利用しない <input type="checkbox"/> 夕食を利用する（19:00以降ご利用の方） （備考） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（ ） ※園では、ほほえみを使用します。どうしても飲めないなどの理由がある方は、 ご相談ください。（ ） 1回のミルクの量（ ml） 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 時間（ 時間おき） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 カ月） 検査結果（ ） | | | ※食物アレルギーに関する記入用紙を 後日別でお配りいたしますのでここで は簡単な記入で構いません。 | | | | | | | | | | | | | |
| 午睡時間 | 午睡時間帯を塗りつぶしてください。 9:00 10:00 10:30 11:00 11:30 12:00 12:30 13:00 13:30 14:00 14:30 15:00 <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table> 午睡時の寝方 <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> 横向き <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（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 排泄 | 尿： <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> トイレ 便： <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> トイレ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康状態 病歴 | ひきつけ： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 歳 カ月） 熱性けいれん： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 歳 カ月） 関節脱臼： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 歳 カ月）（部位） 持病・手術の経験： <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病名） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 送迎予定者 氏名 | 送り | ① 続柄（ ） ② 続柄（ ） | | 続柄（ ） | | | | | | | | | | | | | |
| | 迎え | ① 続柄（ ） ② 続柄（ ） | | 続柄（ ） | | | | | | | | | | | | | |
| 慣らし保育時の 緊急連絡先 | ①（ ） | ②（ ） | ③（ ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考： | | | | | | | | | | | | | | | | | |

入園児面接ヒアリングシート（1～5歳児）

（ 組）

2020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 | カ月 |
| | | | 続柄 | |

※該当するものは□にレ点・（ ）内には記入をお願い致します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保育利用形態 | □標準（11時間） □短時間（8時間） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用時間 <small>（現在わかっている範囲でお答えください）</small> | 平日 | <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 ※9時までの登園にご協力お願い致します。 送り時間 ①（ : ） ②（ : ） □勤務時間まだ未定 迎え時間 ①（ : ） ②（ : ） （ / ）頃決定予定 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 土曜 | <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（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 延長保育 <small>（1歳1か月から）</small> | <input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用する 利用時間 ①（18:00～ : ） （備考） ②（18:00～ : ） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 延長保育時の 補食・夕食の有無 | <input type="checkbox"/> 補食を利用する（18:30以降利用の方） <input type="checkbox"/> 延長しても補食・夕食は利用しない <input type="checkbox"/> 夕食を利用する（19:00以降利用の方） （備考） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事 | 食事量：□多い□少ない□ふつう 使用できるもの：□スプーン□フォーク□箸 好き嫌い：□多い□ほぼない□全くない 食事時間：□30分以内□1時間以内□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 カ月） 検査結果（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 午睡 | 午睡時間帯を塗りつぶしてください。 9:00 10:00 10:30 11:00 11:30 12:00 12:30 13:00 13:30 14:00 14:30 15:00 <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 午睡時の寝方 <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> 横向き <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（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 排泄 | 尿：□おむつ □トレーニング中 □トイレ（女児の場合 自分で拭ける・拭けない） 便：□おむつ □トレーニング中 □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：□無 □有（ 歳 カ月） 熱性けいれん：□無 □有（ 歳 カ月） 関節脱臼：□無 □有（ 歳 カ月）（部位） 持病・手術の経験：□ない □ある（病名） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好きな 遊び・玩具 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 送迎予定者 氏名 | 送り | ① 続柄（ ） ② 続柄（ ） | | 続柄（ ） | | | | | | | | | | | | | | |
| | 迎え | ① 続柄（ ） ② 続柄（ ） | | 続柄（ ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 慣らし保育時の 緊急連絡先 | ① | ② | | ③ | | | | | | | | | | | | | | |
| | （ ） | （ ） | | （ ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |