

# 個人面談票

0・1歳児

名前		生年月日	年 月 日( 歳)	愛称		
性別	男・女	集団保育の経験	有・無	保育園	年	
食 事	母乳( カ月～ カ月)		人工栄養( カ月～ カ月)			
	混合乳( カ月～ カ月)		授乳回数1日( 回)			
	授乳量 1回量( さじ cc)		ミルクの種類( )			
	授乳方法 ①抱いて飲ませる・②寝て飲ませる・③一人でもって飲む・④その他					
	授乳後の状態 ①嘔吐しない・②嘔吐する →					
	離乳食(内容→ /時間→ /回数→ 回)					
	牛乳(飲める・飲めない)		食事の量(多い・普通・少ない)			
	好きな物		嫌いな物			
	食べ方 ①手づかみ・②スプーン・③一人で食べる・④食べさせる ⑤座って食べる・⑥遊び食べ					
	間食( 時と 時/内容→ 手作り・果物・菓子・その他( ) )					
排 泄	布おむつ( 1日 組位/ 1日中・外出だけ・夜だけ)					
	紙おむつ( 1日 組位/ 1日中・外出だけ・夜だけ)					
	オムツがとれた		歳頃	おねしょ		する・しない・時々する
	排尿 1人でできない・1人でできる(方法/ オマル・便器 時間おき) (知らせる・知らせない・動作で知らせる( ) )					
	排便 1日 回(普通便・下痢便・便秘気味 ) 知らせる・知らせない・動作で知らせる( ) )					
睡 眠	就寝( 時)起床( 時) → 夜中 起きない・起きる( 時頃)					
	寝つき(良い・悪い) / 目覚め(良い・悪い)					
	お昼寝( 時～ 時)					
寝かた <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> うつ伏せ <input type="checkbox"/> あおむけ <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 一人で寝る <input type="checkbox"/> 横向き(右・左) <input type="checkbox"/> 抱っこ(たて抱き・よこ抱き) <input type="checkbox"/> 哺乳瓶を持つ <input type="checkbox"/> おもちゃを持つ <input type="checkbox"/> おしゃぶり <input type="checkbox"/> 指しゃぶりをする <input type="checkbox"/> タオルを持つ <input type="checkbox"/> 耳を触りながら <input type="checkbox"/> 乳房を吸いながら <input type="checkbox"/> その他( )						
言 語	まだ何も話さない・声を出す(喃語(アー、ウー、バー)・片言( ) 一言文(ママ、パパ)・二語文(ママきた)・名前を呼ぶと返事をする(する・しない) 大人の言うことが理解できる(はい・いいえ) / 話し始め( カ月)					
運 動	首すわり( カ月) / 寝返り( カ月)					
	座り始め( カ月) / 一人で座る・一人で座れない					
	ハイハイができる・立つ・つたい歩き・歩く( カ月頃)					
イ	人見知り(する・しない)		自分の持ち物(わかる・わからない)			
体 質	好きな遊び( )					
	ぜんそく(無・有) / 嘔吐ぐせ(無・有 →どんな時 )					
	ひきつけ(無・有 →何回 回) / アトピー性皮膚炎(無・有)					
	アレルギー体質(無・有 →状態 )					
	平熱( 度 ) 頭じらみ(無 / 有) 時期( ) 扁桃腺が腫れやすい・ヘルニア・腕がはずれやすい・その他( )					

☆健康保健証 ( 記号 番号 )

☆緊急連絡先 ( 母・父・その他 )