

個人面談票

3～5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	好きな食べ物 () 嫌いな食べ物 () 食事の量 (少ない・普通・多い) / 食べる時間 (早い・普通・ダラダラ時間がかかる)				
着脱	自分で着替えができる (はい・いいえ) / 前後がわかる (はい・いいえ) ボタンかけができる (はい・いいえ) / 靴の左右区別ができる (はい・いいえ)				
排泄	自らトイレに行く (はい・いいえ) / トイレは1人で使える (はい・いいえ) 後始末は1人でできる (はい・いいえ)				
睡眠	昼寝の習慣がある (全くしない・時々する) 睡眠時間 (時 分～ 時 分) 就寝時間 (時 分～ 時 分) 寝つき (良い・悪い) 寝る時の癖 (無 / 有) おしゃぶり / 自分の布団・タオルケット 目覚め (良い・悪い)				
入浴	1人で体が洗える (はい・いいえ) / 洗髪が1人でできる (はい・いいえ) 大人の手助けが必要 (はい・いいえ)				
ことば	自分の意志を伝えることができる (はい・いいえ) 自分の名前や年齢等がいえる (はい・いいえ) 他人の言っている事が理解できる (はい・いいえ)				
健康	アレルギー (ない・ある→アレルギーを誘発する食べ物 ()) ひきつけしたことが (ない・ある) 回→どんな時 ()) 持病 (ない・ある 具合の悪い時の状態→ ()) 虫歯 (ない・ある) 本) 平熱 (度) くせ (つめかみ・指しゃぶり・夜尿症《 毎晩・時々 (週 回程度) 》・その他 ()) 頭じらみ (無 / 有) 時期 () 既往歴 (なし・ある→ ()) その時の症状 ()				
遊び	好きな遊び () 好きなテレビ番組 () その他興味のあるもの ()				
特記事項	服薬の有無 (無 / 有) 種類 (塗り薬/飲み薬: ())				

☆健康保健証 (記号) 番号 ()

☆緊急連絡先 () 母・父 その他 ()