

# 面談シート

実施日： 年 月 日 / 担当保育士（ ）

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 ヶ月	続柄		
保育利用形態	一時保育 ・ 定期利用 ・ 未定					
利用予定時間	送り時間 ① ( : ) ② ( : ) 迎え時間 ① ( : ) ② ( : )					□未定
食事形態	ミルク ・ 初期食 ・ 中期食 ・ 後期食 ・ 完了食 ・ 幼児食					
ミルク	母乳： 飲んでいる ・ ミルクと混合 ・ 卒乳 現在飲んでいるミルクメーカー： ほほえみ ・ はいはい ・ その他 ( ) ★当園ではアイクレオを使用しています。アイクレオ使用可能の有無 → yes / no 1回のミルク量： ( ml) 時間： ( 時間おき)					
アレルギー	無 ・ 有 食物 ・ 薬 ・ その他 ( ) アレルギー発症時期 ( 歳 ヶ月) 検査結果 ( )					
午睡時間	普段の午睡時間 ( : ~ : ) 寝かしつけ方： 抱っこ ・ トントン ・ その他 ( )					
排泄	尿： オムツ ・ トイレ ・ トレーニング中 便： オムツ ・ トイレ ・ トレーニング中					
健康状態	熱性けいれん： 無 ・ 有 ( 歳 ヶ月) 持病・手術の経験： 無 ・ 有 ( 歳 ヶ月) (病名 ) その他 ( )					
備考						