



入園前問診票

ぽぷらの里 高槻保育園

ふりがな			クラス	組	生年月日 入園児の月齢																			
児童氏名					西暦	年 月 日(歳 ヶ月)																		
出生歴	第()子	分娩	正 規 ・ 異 常 ・ 早 産 (月) 出産時体重 (g)																					
発達の状況・食事について	出生後の状況について心配な事 なし・あり()																							
	首のすわり(ヶ月) おすわり(ヶ月) ハイハイ(ヶ月)																							
	つかまり立ち(ヶ月) 一人歩き(ヶ月) 初めての言葉(ヶ月)																							
	0歳～1歳	・ミルクを飲む場合、母乳ですか？粉ミルクですか？ (完全母乳・粉ミルク・併用) ・ミルクを飲む場合、哺乳瓶で飲むことはできますか？ はい・いいえ ・ミルクを飲む場合、量と回数を教えてください。 (量： 回数：) ・ミルクを飲む場合、参考に銘柄を教えてください。 () ・離乳食区分を教えてください。 (前期食 / 中期食 / 後期食 / 完了食) ・離乳食の食事時間を教えてください。 () ・喃語やカタコト等、声を出してしゃべりますか？ はい・いいえ(どんな言葉？) ・大人のかたりかけがわかりますか？ はい・いいえ ・名前を呼ばれるとわかりますか？ はい・いいえ ・健診で何か気になることを言われましたか？ はい・いいえ(どんな事を？) ・食事での好き嫌いや今までに食べたことのない食材を教えてください。()																						
2歳～	・簡単な会話ができますか？ はい・いいえ() ・自分で脱着しようとしていますか？ はい・いいえ() ・排泄、排尿に関して現在使用しているものはどれですか？ (紙オムツ・紙パンツ・紙パンツと布パンツを併用・布パンツ・トレーニング中) ・友達と一緒に遊ぶことをしますか？ はい・いいえ() ・健診で何か気になることを言われましたか？ はい・いいえ() ・食事での好き嫌いや今までに食べたことのない食材を教えてください。()																							
身体の様子	・熱は出やすいですか？平熱は何度ですか？ はい・いいえ(度) ・ひきつけを起こしたことがありますか？ なし・あり(歳 ヶ月頃/熱 度) ・突発性発疹にかかりましたか？ なし・あり(歳 ヶ月頃/熱 度) ・治療の為に食事制限をうけたことがありますか？ なし・あり(食品) ・食物アレルギー以外に注意すべき事項がありますか？ なし・あり(種類) ・今までに何か大きな病気をしたことがありますか？ なし・あり(何を？) ※食物アレルギーに関しては、アレルギー疾患生活管理指導票を提出してください。																							
健診受診状況	・受けた健診に○してください。 【 】 乳児一般健康診査(1歳未満の乳児) 【 】 4か月児健康診査 【 】 乳児後期健康診査(9か月～1歳未満の乳児) 【 】 1歳6か月児健康診査(1歳7か月児頃)																							
	上記の健診で指導項目・何か心配の要因になるようなことと言われた方は内容を記載してください。																							
予防接種	【 】 ヒブ(回) 【 】 肺炎球菌(回) 【 】 B型肝炎(回) 【 】 ロタリックス(回) 【 】 ロタテック(回) 【 】 四種混合(DPT-IPV) 【 】 BCG(回) 【 】 MR(麻しん、風しん)(回) 【 】 水痘(回) 【 】 日本脳炎(回)																							
睡眠	就寝時間と起床時間 お昼寝の時間を教えてください。(就寝時間 :) (起床時間 :) (お昼寝の時間 :)																							
1日のスケジュール	5:00	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	0:00	1:00	2:00	3:00	4:00



入園前問診票

※該当するところをご記入してください。

ぽぷりの里 高槻保育園

■お母様のお仕事に関して教えてください。

勤務場所		勤務時間	
休日		シフト制の場合	月 火 水 木 金 土 (週 回)
保育園から職場までの通勤時間		通勤方法	

■お父様のお仕事に関して教えてください。

勤務場所		勤務時間	
休日		シフト制の場合	月 火 水 木 金 土 (週 回)
保育園から職場までの通勤時間		通勤方法	

■できる限り詳しくお答えいただくようご協力お願い致します。※必須記載

保育園の主なお迎え者		父母は近くに住んでいますか？ はいの場合誰ですか？	はい () ・ いいえ
連携施設(桜北町第一保育園) の利用を考えていますか？	はい ・ いいえ	転園希望を出されていますか？ はいの場合どこの園ですか？	はい () ・ いいえ

■お子様が寝ている時はどんな体制ですか？ 例) おっぱいを飲みながら寝てる。 授乳後に寝ている。 うつぶせになって寝ている。 など

■お子様の便の体質について、便秘気味や下痢気味などあれば教えてください。

■お子様と休日の過ごし方を教えてください。

■お子様について保育者に知ってほしいことや伝えたいことがあれば記入してください。

■子育てについて、どんな子どもに育てて欲しいと思っていますか？