

# 健やかな成長を保護者と園で（乳児） 明照保育園

\* 懇談会前に記入します

ふりがな			生 年 月 日
氏 名		男 ・ 女	平成 年 月 日

	0歳児	1歳児	2歳児
ク ラ ス	あか 組	そら 組	ゆき 組
担当			



**うちの子はこんな子です(〇)**  
好きな(嫌いな)遊び・得意な(苦手な)ことな



あか組の頃

そら組の頃

ゆき組の頃

	今年度の家庭（保護者）の願い	今年度の園（担任）の願い
0歳児 で記入		
1歳児 で記入		
2歳児 で記入		

# 聞かせてください おうちでの様子

\*秋の懇談会前に記入してください\*

あか組 (1歳半の頃)		記入日 R 年 月 日	
一人でじょうずに歩きますか (一人歩きができるようになった頃: 月 日頃)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
ママ、プープーなど意味のあることばをいくつか話しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
自分でコップを持って水が飲めますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
哺乳ビンを使っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
保護者が歯の仕上げみがきをしてあげていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
極端にまぶしがったり、目の動きがおかしいのではないかと気になりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
うしろから名前を呼んだとき、振り向きますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
朝食を毎日食べますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
子育てについて困難を感じることはありませんか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
おおよその起きる時刻 : 、寝る時刻 : 、登園時刻 : 、降園時刻 :			

そら組 (2歳の頃)		記入日 R 年 月 日	
走ることができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
積木で塔のようなものを作ったり、横に並べて電車などにみたてあそびますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
テレビや大人の身振りのまねをしますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
2語文 (ワンワンキタ、マンマチョウダイ)などを言いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
スプーンを使って自分で食べますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
肉や繊維のある野菜を食べますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
保護者が歯の仕上げみがきをしてあげていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
ズボンを自分で脱いだり履いたりしようとしますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
子育てについて困難を感じることはありませんか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
どんな食べ物が好きですか			
おおよその起きる時刻 : 、寝る時刻 : 、登園時刻 : 、降園時刻 :			

ゆき組 (3歳の頃)		記入日 R 年 月 日	
手を使わずに一人で階段を登れますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
クレヨンなどで丸(円)を書きますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
自分の名前が言えますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
歯磨きや手洗いをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
保護者が歯の仕上げみがきをしてあげていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
いつも指しゃぶりをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
よく噛んで食べる習慣はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
絵本の動物や色がわかったり、親子で簡単な言葉のやり取りができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
斜視や、物を見る時に目を細めたり、極端に近づけて見たりを感じますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
耳の聞こえが悪いのではないかと気になりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
ままごと、怪獣ごっこなど、ごっこ遊びができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
家族以外の人(友達・大人)とのかかわりがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
子育てについて困難を感じることはありませんか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
おおよその起きる時刻 : 、寝る時刻 : 、登園時刻 : 、降園時刻 :			