

一時保育面接資料

年 月 日

フリガナ

児童氏名 _____ 生年月日 年 月 日 歳 集団生活の有無 有・無

保護者氏名 _____ 住所 小金井市 _____ TEL _____

今までに大きい病気やケガをしたことがありますか 有・無

(有)の方 疾病名 _____

かかりつけの病院 _____ TEL _____

一入所時の生活状況

運動	首がすわる	か月	ねがえり	か月	平熱	℃						
	おすわり	か月	はう	か月	愛称							
食事	つかまり立ち	か月	歩きはじめ	か月	好きな遊び							
	ほ乳瓶の使用	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無										
睡眠	自分で食べる	<input type="checkbox"/> スプーン・ <input type="checkbox"/> 箸		おこしやすい 病気	<input type="checkbox"/> かぜ <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎							
	牛乳は	<input type="checkbox"/> 飲んでいる・ <input type="checkbox"/> 飲んでいない			<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> はきやすい <input type="checkbox"/> 脱臼							
言葉	利き腕は	<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左			<input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> その他()							
	寝	<input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> 時々・ <input type="checkbox"/> しない		アレルギー体質ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
言葉	起床	時ごろ	就寝	時ごろ	*はいの方							
	□かたこと言う(ワンワン、マンマ等)			<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 薬品等								
言葉	□はつきりしている			<input type="checkbox"/> その他()								
	□発音がわかりにくい			<input type="checkbox"/> 食品制限している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
けいれん	熱性けいれん、ひきつけをおこしたこと			→それは医師の指示ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
	□無 <input type="checkbox"/> 有()			食品名()								
出生	第 子	分娩	<input type="checkbox"/> 正常・ <input type="checkbox"/> 異常()	早産(ケ月)	妊娠中の異常	出生時体重						
栄養	母乳(ケ月まで)	人口栄養(品名:)		離乳食開始(ケ月)	完了(ケ月)							

予防接種の記録

BCG接種	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未	五種混合	初回接種	1回目	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未	はしか		突発疹	
水痘	1回目 2回目	<input type="checkbox"/> 済		2回目	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未	おたふくかぜ			中耳炎	
麻しん・風しん 混合ワクチン	第一期	<input type="checkbox"/> 済		3回目	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未	風疹			喘息	
				追加	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未	水痘瘡			肺炎	

子どもの成長や子育ての心配事があればご記入ください

嘱託医の欄

年 月 日

所見

診断

園医印

保育園記入欄 面接日 年 月 日

母子手帳確認 済 未

3~4ヶ月健診 1歳6ヶ月健診 3歳児健診