

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 食	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						
	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				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 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> はきやすい <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> その他 ()					
自分で食べる <input type="checkbox"/> スプーン ・ <input type="checkbox"/> 箸											
牛乳は <input type="checkbox"/> 飲んでいる ・ <input type="checkbox"/> 飲んでいない											
事 睡 眠 言 葉	利 き 腕 は <input type="checkbox"/> 右 ・ <input type="checkbox"/> 左				アレルギー体質ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ *はいの方						
	昼寝 <input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> 時々 ・ <input type="checkbox"/> しない 起床 時ごろ 就寝 時ごろ										
薬 け い れ ん	<input type="checkbox"/> かたこと言う (ワンワン、マンマ等) <input type="checkbox"/> はっきりしている				<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 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	<input type="checkbox"/> 発音がわかりにくい 熱性けいれん、ひきつけをおこしたこと <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				<input type="checkbox"/> 食品制限している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →それは医師の指示ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 食品名 ()						
出 生 栄 養	第 子	分娩 <input type="checkbox"/> 正常 ・ <input type="checkbox"/> 異常 () 早産 (ヶ月)			妊娠中 の異常	[]		出生時体重	g		
	母乳 (ヶ月まで)		人口栄養 (品名:)		離乳食開始 (ヶ月)		完了 (ヶ月)				
予防接種の記録						病気の記録					
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 <input type="checkbox"/> 未			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 <input type="checkbox"/> 未			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	水疱瘡		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 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 3~4カ月健診 <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診											