

# 一時保育面接資料 貫井保育園

平成 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

の方 疾病名 \_\_\_\_\_

かかりつけの病院 \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

— 生活状況 —

運	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			
動	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"/> かげ <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	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 <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"/> 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 ( )			
	睡	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						
眠	<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"/> 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							
葉	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				出産 第 子 分娩 <input type="checkbox"/> 正常 ・ <input type="checkbox"/> 異常( ) 早産( 月) 妊娠中の異常 [ ] 出生時体重 g			
	母乳 人口栄養 離乳食開始 完了 ( 月まで) (品名: ) ( 月) ( 月)							
予防接種の記録					病気の記録			
BCG接種	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	三種混合	初回接種	1回目 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	はしか		突発疹	
ポリオ	1回目 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未			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
	2回目 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未			3回目 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	3回目 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	風疹		喘息
麻しん・風しん混合 ワクチン	第一期 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		追加	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	みずぼう そう		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					医師の欄 平成 年 月 日 所見			
保育園記入欄 面接日平成 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					診断   医師印			