

一時保育『かもめ』・こども誰でも通園 面接票

園長	主任	事務	担当

主な申請理由 _____ 面接日 _____ 年 月 日

新規・継続【令和 年度】

***裏面に【送迎される方のお写真】と【お子様のお写真】を貼り付けてください。**

(ふりがな)	(愛称)	(西暦)
氏名	男・女 ()	生年月日 年 月 日生 (歳 ヶ月)
住所	通園手段 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他()	所要時間 ()分
緊急連絡先①氏名	続柄 Tel ()	②氏名 続柄 Tel ()
健康	大きな病気をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 病名 【 歳 ヶ月頃】
	入院をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 病名 【 歳 ヶ月頃】
	けいれんを起こしたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他【 】【 歳 ヶ月 回】
	肺炎・気管支炎になったことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎
	脱臼(肘内障)をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 右ひじ【 回】 <input type="checkbox"/> 左ひじ【 回】
健診で指摘されたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 7ヶ月 <input type="checkbox"/> 1歳半 <input type="checkbox"/> その他【 歳 ヶ月】 内容	
発達	発達の様子はどうですか?	<input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> おすわり <input type="checkbox"/> ずりばい <input type="checkbox"/> ハイハイ <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> ひとり歩き
	発達支援施設などを利用していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 療育センター <input type="checkbox"/> その他【 】【週・月 回】
食事	食物アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他【 】
	離乳食を食べていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 初期食 <input type="checkbox"/> 中期食 <input type="checkbox"/> 後期食 <input type="checkbox"/> 完了食
	母乳やミルクを飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 母乳【1日 回】 <input type="checkbox"/> ミルク【1回 cc・1日 回】
睡眠	昼寝はしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 時間 : ~ :
	どのような体勢で寝ていますか	<input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> 側向け <input type="checkbox"/> うつ伏せ <input type="checkbox"/> その他【 】
	どのように寝かしつけをしていますか	<input type="checkbox"/> 抱っこ【横・縦】 <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> 布団でトントン <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> ひとりで寝る <input type="checkbox"/> その他【 】
排泄	紙オムツをはいていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 布オムツ <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ <input type="checkbox"/> 綿パンツ
	尿意・便意を自分で伝えますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> しぐさで伝える <input type="checkbox"/> 言葉で伝える <input type="checkbox"/> その他【 】
その他	くせはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> タオルを持つ <input type="checkbox"/> その他【 】
	親と離れて過ごしたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 一時保育・誰通 <input type="checkbox"/> その他【 】
	おんぶをしたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
生活	生活リズム(起床・朝食・睡眠・昼食・外遊びなど)	
		6 8 10 12 14 16 18 20 22
お子さんのことで心配なこと、相談したいことがありますか?		

		ふりがな 氏 名	続柄	生年月日	年齢	就学・通学
家族構成	1		世帯主	・ ・		勤務先 ☎ ()
	2			・ ・		勤務先 ☎ ()
	3			・ ・		
	4			・ ・		
	5			・ ・		
	6			・ ・		

職員記入欄

●非定型【月・火・水・木・金・不定期】・緊急 ●申請理由

●減免 なし・あり【被保護世帯・市民税非課税・世帯世帯収入360万円未満世帯・児童扶養手当・里親・多胎児・第 子】

●食事【お弁当・完了食・普通食】 ●チェックシート【完了食・普通食】 ●ミルク【飲む・飲まない・未定】

●子どもの様子:

●その他: