

こども誰でも通園制度利用面談票

浅江東保育園

記入日 年 月 日

フリガナ	生年月日		性別	面談時年齢
児童名			男・女	
保護者名	住所			
連絡先	※緊急連絡先：必ずつながるところを記載してください ① ②			
1 乳児期の発達状況について		2 乳幼児健診の結果について		
首すわり ()ヶ月頃 寝返り ()ヶ月頃 おすわり ()ヶ月頃 はいはい ()ヶ月頃 つかまり立ち ()ヶ月頃 つたい歩き ()ヶ月頃 ひとり歩き ()ヶ月頃		1ヶ月児健診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診 3ヶ月児健診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診 7ヶ月児健診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診 1歳6ヶ月児健診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診		指導・助言内容 ※要観察の場合のみ記入
3 健康状態について ※病気や症状によって廃止の指示書等を提出していただく場合があります。				
現在治療中の病気等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		現在服用している薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		健康上のことで、気になることや伝えておきたいこと等があればご記入ください。		
起こりやすい症状等(例：けいれん、脱臼等) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
4 生活習慣等について				
食 事	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 離乳食(<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了期) <input type="checkbox"/> 普通食			
	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べようとする <input type="checkbox"/> 自分で食べる(<input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン・フォーク <input type="checkbox"/> はし)			
睡 眠	朝起きる時間 () 時頃	夜寝る時間 () 時頃	昼寝を <input type="checkbox"/> している () 時頃 () 時間程度 <input type="checkbox"/> していない	
排 泄	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 夜や外出時のおむつ <input type="checkbox"/> オマル <input type="checkbox"/> トイレ(<input type="checkbox"/> 自分ではできないが知らせる <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 自分でできる)			
着 脱	<input type="checkbox"/> 自分でできない <input type="checkbox"/> 介助があればできる(もしくは簡単なものは自分でできる) <input type="checkbox"/> 自分でできる			
こ と ば	<input type="checkbox"/> 喃語程度(あー、うーなど) <input type="checkbox"/> 単語程度 <input type="checkbox"/> 二語文程度 <input type="checkbox"/> 日常会話ができる			
視 覚	施設の利用において、配慮が必要なことがありますか。(例：弱視のため部分的な介助を要する。) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容：)			
聴 覚	施設の利用において、配慮が必要なことがありますか。(例：聞こえが悪い。補聴器を使用している。) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容：)			
今までに発達上のことで専門機関(こども発達センター、保健センター等)に相談されたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(機関名： 内容：)				
その他、気になることや伝えておきたいこと等があればご記入ください。				

認定通知番号	利用料減免
	有 ・ 無
※園が記入します	