

面談シート

児童名（ふりがな）	（ ）		
児童生年月日	年 月 日（ 歳 ヶ月）	性別	
保護者氏名	（続柄 ）	（続柄 ）	
住 所	（〒 - ）		
日中の連絡先	1	父 ・ 母 ・ その他【 】（ ）	-
電話番号	2	父 ・ 母 ・ その他【 】（ ）	-
（優先順）	3	父 ・ 母 ・ その他【 】（ ）	-

※入園に関する案内等を連絡いたしますので、優先順にご記入ください。

◎利用に関すること ※該当する箇所に☑記入をしてください。

入所希望日	年 月 日（入所時期の変更 <input type="checkbox"/> 可【 年 月まで】 <input type="checkbox"/> 不可）
利用時間	時 分 ～ 時 分（大まかな利用時間をご記入ください）
土曜日の利用について	<input type="checkbox"/> 常時利用する <input type="checkbox"/> ときどき利用する <input type="checkbox"/> 利用しない

◎発達に関すること ※該当する箇所に☑記入をしてください。

発 達 状 況	出産時	<input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 早産・未熟児等	【出生時体重 g】
	栄養状況	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 離乳食（ 回/日）	<input type="checkbox"/> 普通食
	発育	<input type="checkbox"/> 首すわり <input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> おすわり <input type="checkbox"/> はいはい <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> ひとりで歩ける	
	ことば	<input type="checkbox"/> よく話す【 <input type="checkbox"/> 知っている人とだけ <input type="checkbox"/> 誰とでも 】 <input type="checkbox"/> あまり話さない <input type="checkbox"/> まだ話せない	
健 診 状 況	1ヶ月検診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指摘事項（ ）	<input type="checkbox"/> 観察事項（ ） <input type="checkbox"/> 未受診
	3～4ヶ月検診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指摘事項（ ）	<input type="checkbox"/> 観察事項（ ） <input type="checkbox"/> 未受診
	1歳6ヶ月検診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指摘事項（ ）	<input type="checkbox"/> 観察事項（ ） <input type="checkbox"/> 未受診
	3歳児検診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指摘事項（ ）	<input type="checkbox"/> 観察事項（ ） <input type="checkbox"/> 未受診
健 康 状 況	アレルギー 食物 その他 ※アレルギー-有の場合 生活管理指導票必要	アレルギー（ ） 医師の診断 <input type="checkbox"/> あり【検査 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未】 <input type="checkbox"/> なし 医師からの食品制限の指示 <input type="checkbox"/> あり（品名 ） <input type="checkbox"/> なし アナフィラキシー <input type="checkbox"/> あり（症状 ） <input type="checkbox"/> なし 内服薬 <input type="checkbox"/> あり（薬名 ） <input type="checkbox"/> なし エピペン <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	治療中の病気 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	病名（ ） 内服薬（ ） 医療機関名（ ）	
	今までにかかった 大きな病気、けが <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	病名（ ） 医療機関名（ ） 通院・入院期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日） 手術 <input type="checkbox"/> あり（内容 ） <input type="checkbox"/> なし	
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり【障害内容 等級（ 級）】 <input type="checkbox"/> なし	
	療育手帳	<input type="checkbox"/> あり【 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B 】 <input type="checkbox"/> なし	
	精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> あり【等級（ 級）】 <input type="checkbox"/> なし	
	特別児童扶養 手当受給	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	専門機関への通所 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	施設名（ ） <input type="checkbox"/> 週 回 通所 <input type="checkbox"/> 月 回 通所	
	専門機関への相談 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 保健センター <input type="checkbox"/> 鼓ヶ浦整肢学園 <input type="checkbox"/> つばさ園 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	発達面で気になること （集団生活での不安など）		

※本調査票の内容に虚偽の記載があった場合、保育所の利用取消しとなる場合があります。