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 電話番号 **（優先順）**	**1**	父 ・ 母 ・その他【　】（　）　－		
	2	父 ・ 母 ・その他【　】（　）　－		
	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　□可【　年　月まで】　□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	□常時利用する　□ときどき利用する　□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	□正常分娩　□早産・未熟児等　【出生時体重　g】
	栄養状況	□母乳　□ミルク　□混合　□離乳食（　回／日）　□普通食
	発育	□首すわり　□寝返り　□おすわり　□はいはい　□つかまり立ち　□ひとりで歩ける
	ことば	□よく話す【　□知っている人とだけ　□誰とでも　】
		□あまり話さない　□まだ話せない
健診状況	1ヶ月検診	□異常なし　□指摘事項（　）　□観察事項（　）□未受診
	3～4ヶ月検診	□異常なし　□指摘事項（　）　□観察事項（　）□未受診
	1歳6ヶ月検診	□異常なし　□指摘事項（　）　□観察事項（　）□未受診
	3歳児検診	□異常なし　□指摘事項（　）　□観察事項（　）□未受診
健康状況	アレルギー 食物 その他 ※ｱﾚﾙｷﾞｰ有の場合 生活管理指導票必要	アレルゲン（　） 医師の診断　□あり【検査　□済　□未】　□なし 医師からの食品制限の指示　□あり（品名　）　□なし アナフィラキシー　□あり（症状　）　□なし 内服薬　□あり（薬名　）　□なし エピペン　□あり　□なし
	治療中の病気 □あり　□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 □あり　□なし	病名（　） 医療機関名（　） 通院・入院期間（　年　月　日 ～　年　月　日） 手術　□あり（内容　）　□なし
	身体障害者手帳	□あり【障害内容　等級（　級）】　□なし
	療育手帳	□あり【　□A　□B　】　□なし
	精神障害者 保健福祉手帳	□あり【等級（　級）】　□なし
	特別児童扶養 手当受給	□あり　□なし
	専門機関への通所 □あり　□なし	施設名（　） □週　回　通所　□月　回　通所
	専門機関への相談 □あり　□なし	□保健センター　□鼓ヶ浦整肢学園　□つばさ園 □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。