

# 一時保育面接資料

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 \_\_\_\_\_

## — 入所時の生活状況 —

|   |   |  |   |                                |   |                |   |            |  |     |  |
|---|---|--|---|--------------------------------|---|----------------|---|------------|--|-----|--|
| 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<br>病気   | <input type="checkbox"/> かぜ <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎<br><input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> はきやすい <input type="checkbox"/> 脱臼<br><input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> その他 ( ) |            |  |     |  |
| 食   | 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                                |  |   |                                |   |                |   |            |  |     |  |
| 睡   | 昼寝 <input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> 時々 ・ <input type="checkbox"/> しない |  |   |                                | アレルギー体質ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ   |                |   |            |  |     |  |
|   | 眠   | 起床   | 時ごろ   | 就寝                             | 時ごろ   | *はいの方          |   |            |  |     |  |
| 言   | <input type="checkbox"/> かたこと言う (ワンワン、マンマ等)   |  |   |                                | <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<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                |   |            |  |     |  |
|   | <input type="checkbox"/> はっきりしている   |  |   |                                |   |                |   |            |  |     |  |
| 葉   | <input type="checkbox"/> 発音がわかりにくい  |  |   |                                | <input type="checkbox"/> 食品制限している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>→それは医師の指示ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                 |                |   |            |  |     |  |
|   | けいれん  | 熱性けいれん、ひきつけをおこしたこと   |   |                                |   | 食品名 ( )        |   |            |  |     |  |
| <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) |   |  |   |                                |   |                |   |            |  |     |  |
| 出   | 第 子   | 分娩 <input type="checkbox"/> 正常 ・ <input type="checkbox"/> 異常 ( ) |   |                                | 早産 ( 月 )  | 妊娠中<br>の異常 [ ] | 出生時体重<br>g  |            |  |     |  |
|   |   |  |   |                                |   |                |   |            |  |     |  |
| 栄   | 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            |   | 四種混合                           | 初<br>回<br>接<br>種  | 1回目            | <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未   | はしか        |  | 突発疹 |  |
| 水痘  |   | 1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<br>かぜ |  | 中耳炎 |  |
| 麻しん・風しん<br>混合ワクチン   |   | 第一期  | <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 |                                |   | 3回目            | <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未   | 風疹         |  | 喘息  |  |
|   |   |  |   |                                |   | 追加             | <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未   | 水疱瘡        |  | 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                                 |   |  |   |                                | <b>嘱託医の欄</b> _____ 年 月 日<br><b>所見</b><br><br><b>診断</b><br><br><div style="text-align: right;">園医印</div>   |                |   |            |  |     |  |
| 保育園記入欄  |   | 面接日  |   | 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 |   |                |   |            |  |     |  |