

一時預かり事業面接表(1・2歳児用)

面接日 令和 年 月 日

児童名(ふりがな)		愛称	生年月日	年齢	非定型・緊急・私的	
				歳 月	電話() —	
父氏名(ふりがな)		母氏名(ふりがな)		住所		
				入間市		
携帯		携帯		保護者になる方の連絡先		
父勤務先		母勤務先		(ふりがな)	関係	
				氏名		
電話() —		電話() —		電話() —		
保育期間		利用希望の曜日		保育時間		
月 日 ~ 月 日		月 火 水 木 金		: ~ :		
食事	・離乳完了(歳 ヶ月) ・幼児食 ・食欲 有 無 ・偏食 有 無 ・アレルギー食品		4歳	・ひとりで上手に歩けますか。 ・自分でコップを持って水を飲みますか。 ・ママ、ノーノーなどの意味のめる言葉をいつか話しますか。 ・大人の言う簡単な言葉(おいで、ちょうだいなど)がわかりますか。		
	排泄	・便通が毎日ありますか (はい・いいえ) ・教えますか (はい・いいえ)		2歳	・走ることができますか。 ・スプーンを使って自分で食べますか。 ・大人の身ぶりのまねをしますか。 ・二語文(ワンワンきた、マンマちょうだい)などを言いますか。	
睡眠		・睡眠時間()時間 (時から 時まで) ・昼寝(する・しない) (時から 時まで) ・寝つき(よい・わるい) ・寝おき(よい・わるい) ・寝るときのくせ			保育歴	家庭・家庭保育室 保育所(園) ・幼稚園 祖父母・知人・その他
	健康状態	平熱(°C) 健康状態 : 良好 ・ 普通 ・ その他() ・アレルギーがありますか? ない ・ ある (食べ物 ・ 花粉 ・ ハウスダスト ・ その他) ・熱性けいれんがありますか ない ・ ある (いつ頃 :) ・かかりやすい病気・体質 風邪をひきやすい ・ 嘔吐しやすい ・ 下痢しやすい 便秘がち ・ 皮膚が弱い				
備考		・予防接種 Hib(回) ・肺炎球菌(回) ・四種混合(回) ・BCG 麻疹・風疹混合 ・水痘 ・日本脳炎 ・その他				
	・保育所に来ている近所の子はいますか					