

一時預かり面接カード (年 月 日) 面接担当()

(ふりがな) 氏名	男女		希望保育 サービス	<input type="checkbox"/> 断続的な場合 <input type="checkbox"/> 緊急の場合	
生年月日	年 月 日	年齢	歳	保育期間	年 月 日～ 年 月 日
住所				保育時間	時 分～ 時 分
保護者	(ふりがな) 氏名	続柄		連絡先 電話番号 (優先順位)	続柄 ① () ② () ③ ()
発達 ・ 健康状況	出生時	・妊娠の経過 : 正常 異常 () ・分娩の経過 : 正常 異常 () ・新生児期経過 : 正常 異常 () ・出生時体重 : () g			
	発達歴	・これまでの発達状況 : 順調 不順()			
	健康状況	・現在の健康状況 : 良好 不良 () ・平熱 : 度 ・既往歴 : なし あり () 熱性けいれんを起こしたことがありますか? いいえ はい (年 月) 肘内障になったことはありますか? いいえ はい (年 月) ・現在通院している病気はありますか? なし あり ()			
家庭での 生活状況	食事	・時間(朝) : (昼) : (夕) : ・好き嫌い (好きな物 嫌いな物) ・コップは使えますか? はい いいえ ・牛乳は飲んでますか? 飲んでいる 飲んでいない ・食物アレルギーはありますか? なし あり () ・その他、食事のことで気になることはありますか? () 献立表はHPで確認できます。食べたことのない食材は必ずご家庭でお試してください。			
	排泄	・オムツ (布 紙 紙パンツ) ・排便、排尿があつてから知らせる。 ・尿意、便意を出る前に知らせる。 ・トイレで排泄する。 ・排泄のことで心配なことはありますか? ()			
	睡眠	・朝は何時に起きますか? (: 頃) ・夜は何時に寝ますか? (: 頃) ・お昼寝はしますか? はい (: ~ : 頃) いいえ ・どのように寝かしつけていますか? () ・寝る時の必需品はありますか? () ・睡眠の事で心配なことはありますか? ()			
	その他	・お家での好きな遊びは何ですか? () ・お家では家族の方に何と呼ばれていますか? () ・食物以外のアレルギーはありますか? ()			
送迎者	朝、主に送ってくる方			夕、主に迎えにくる方	
	災害時引き取り名簿 災害時にお子さんを引き取りにいらっしゃる方をお知らせください。 (災害発生時は当日お迎え予定ではない場合でもお名前をお知らせいただいた方であれば、お子さんをお渡しします)			(続柄) 氏名	(続柄) 氏名
備考			(続柄) 氏名	(続柄) 氏名	(続柄) 氏名