

面接票

児童名	記入日	年	月	日
①今まで病気で入院したり大きな怪我をしたことがありますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
病気・怪我の内容等：				
②今までひきつけを起こしたことがありますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
「はい」の場合（時期：		、当時の体温：		
③今まで脱臼をしたことがありますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
「はい」の場合（脱臼の箇所：				
現在、治療中の病気や怪我はありますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
病気・怪我の内容等：				
常用している薬はありますか		<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
種類・服用時間等：				
食べ物のアレルギーはありますか		<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
品目：				
程度（例：加熱すれば可。完全除去が必要。アナフィラキシー症状を起こしたことがある。）				
：				
医師からの指導内容：				
食べ物以外のアレルギーはありますか		<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
原因：				
医師からの指導内容：				
かかりつけ医はいますか		<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない	
医療機関名：				
連絡先： — —				
予防接種の状況 すでに接種済みのものに○を付けてください				
BCG ・ 四種混合（1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加）				
麻疹（はしか） ・ 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） ・ 水痘（みずぼうそう）				
風疹（三日ばしか） ・ 日本脳炎（1回 ・ 2回 ・ 追加）				
その他（				
）				
出生について				
在胎週数（		週）	体重（	g）
			身長（	cm）

これまで一時預かりなどで託児経験はありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
生活リズム			
起床時間：	時	分	
午前睡眠：	時	分 ～ 時 分 (時間 分)	
食事時間：	時	分 ～ 時 分 (時間 分)	
午後睡眠：	時	分 ～ 時 分 (時間 分)	
寝かしつけ方：			
発達の状況 該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください			
言葉について	<input type="checkbox"/> 喃語 (なんご)	<input type="checkbox"/> 簡単な会話ができる	<input type="checkbox"/> 普通に会話ができる
対人について	<input type="checkbox"/> 人見知りしない	<input type="checkbox"/> 人見知りする	
お友だちと	<input type="checkbox"/> 一緒にあそぶのが好き	<input type="checkbox"/> 大人数は慣れていない	
	<input type="checkbox"/> 手が出ることもある	<input type="checkbox"/> 噛むことがある	
	<input type="checkbox"/> 大声を出すことがある		
食事の状況 該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください			
離乳前の場合			
<input type="checkbox"/> 母乳	<input type="checkbox"/> ミルク	<input type="checkbox"/> 混合	
吐乳			
<input type="checkbox"/> 吐きやすい	<input type="checkbox"/> ゲップがでにくい		
離乳後の場合			
<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 離乳食		
食べ方			
<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自分で食べることができるが一部介助		
<input type="checkbox"/> 自分で食べることができる (<input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 箸 (右・左))			
その他留意点			
<input type="checkbox"/> 食べムラがある	<input type="checkbox"/> 食べるのが遅め	<input type="checkbox"/> その他 ()	
排泄の状況 該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください			
オムツ/パンツ：	<input type="checkbox"/> オムツ着用	<input type="checkbox"/> トレーニング中	<input type="checkbox"/> パンツ着用
トイレ (尿)：	<input type="checkbox"/> トイレでできない	<input type="checkbox"/> トレーニング中	<input type="checkbox"/> ひとりでできる
トイレ (便)：	<input type="checkbox"/> トイレでできない	<input type="checkbox"/> トレーニング中	<input type="checkbox"/> ひとりでできる
尿意・便意：	<input type="checkbox"/> おしえる	<input type="checkbox"/> おしえない	
好きなあそびや好きな玩具			
その他、預かりの中で注意してもらいたいこと、心配なこと等があれば記入してください			