

ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	令和 年 月 日	
保護者		続柄		保険証		
現住所	☎			保険者名 記号 番号		
緊急連絡先	①	勤務先		携帯		
	②	勤務先		携帯		
	③	勤務先		携帯		
哺乳 及 び 方 法	現在の食事	1.母乳 2.混合 3.ミルク(ミルク名) 4.歯が生えた時 ヶ月頃 現在 本				
	授乳方法	抱いて 寝かせて 椅子に座って 一人で持って				
	時間と量	一日 回 1日 cc	授乳後の 排気の仕方	・背中を下から上に擦る ・自然に ・その他		
	不規則 規則的( 時間置き)					
睡眠	時間	午前 : ~ :	場所	ベッド たたみ その他		
		午後 : ~ :	方法	1人で 添い寝 おんぶ 抱っこ		
	寝付き	良い 悪い(対処の仕方)	状態	姿勢(うつ伏せ 仰向け 横向き)		
	寝起き	良い 悪い(対処の仕方)		癖 その他 熟睡度 (浅い 深い)		
排泄	便の状態	硬 普通 軟便 一日 回	便通の状態	普通 便秘 対処方法( )		
発 育	運動 機 能	・首のすわり	ヶ月	心 の 発 達	・あやされると、笑う	ヶ月
		・寝返り	ヶ月		・手にしたものを口に入れ	
		・お座りができる	ヶ月		確認しようとする	ヶ月
		・ハイハイができる	ヶ月		・人見知りをする	ヶ月
		・つかまり立ちができる	ヶ月		・指さしをする	ヶ月
		・伝い歩きをする	ヶ月		・簡単な言葉を理解する	ヶ月
・一人歩きができる	ヶ月	・模倣(まね)がはじまる	ヶ月			
身 体 に つ い て	・アレルギーがありますか		はい いいえ	具体的に( )		
	・関節を外したことがありますか		はい いいえ	部位は( )		
	・ひきつけたことがありますか		はい いいえ	何歳の時( ) どんな状況で( )		
	・喘息はありますか		はい いいえ			
	・体質的なこと		風邪をひきやすい よく熱を出す 鼻血が出やすい 下痢しやすい 化膿しやすい アトピー性皮膚炎 湿疹 中耳炎 吐きやすい			
安心する物、愛着のある物がありますか？ (おしゃぶり、毛布など)			その他 (園に伝えたいこと)			
面接 担当者名				面接実施日 令和 年 月 日		