

一時保育面接記録表

| | | | |
|-----------|--|---------------------|-------------------------|
| 面接日 | 年 月 日 面接職員: | | |
| 排泄 | 布おむつ | 紙おむつ | トレーニングパンツ パンツ |
| 食事 | アレルギー | なし・あり() | |
| | 牛乳 | 飲んでいる(コップ・ストロー・哺乳瓶) | 飲んでいない お料理に使用 |
| | 食具 | 箸 | スプーン・フォーク 手づかみ 介助 |
| | 摂取量 | 小食 | 普通 大食 |
| 睡眠時間 | 午睡 | : ~ : | 時間ぐらい |
| | 夜 | : ~ : | 時間ぐらい |
| | 入眠のくせ | | |
| 好きな遊び | 室内 | | |
| | 室外 | | |
| 身内以外の保育体験 | なし・あり() | | |
| 保育料 | 通常 | 非課税世帯免除 | 生活保護世帯免除 |
| 平熱 | ℃ | | |
| 既往伝染病 | 麻疹・水痘・風疹・流行性耳下腺炎・百日咳・その他() | | |
| 予防接種 | BCG・四種混合I期1、2、3、II期・MRI期、II期 ポリオ1、2・水痘・流行性耳下腺炎・日本脳炎 Hib・肺炎球菌・ロタ・B型肝炎その他() | | |
| アレルギーの有無 | アトピー性皮膚炎 | 喘息 | その他 |
| | なし・あり | なし・あり | なし・あり() |
| 腕の脱臼 | なし・あり (回) 部位: | | |
| 熱性痙攣 | なし・あり(回) | 歳 ヶ月 °C | 歳 ヶ月 °C |
| | | 歳 ヶ月 °C | 歳 ヶ月 °C |
| 入院歴 | なし・あり | 病名: | 入院期間 |
| 手術歴 | なし・あり | 病名: | |
| かかりつけ医 | 小児科 | 外科 | その他() |
| | | | |
| | TEL | TEL | TEL |
| 備考 | | | |

☆保険証・乳児医療証のコピーを裏に貼付して下さい。

| | | |
|----|----|----|
| 園長 | 主任 | 担当 |
| | | |