

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	
食事	離乳食	ヶ月始め 完了		哺乳	している () していない
	食事	(朝 時頃) (夜 時頃)			食べ方
	偏食	ある ない 好きな食べ物 () 苦手な食べ物 ()		コップ	
	歯の生え始め	ヶ月		起床	時頃
睡眠	方法	1人で寝る・添い寝 誰と()		寝起き	良い 悪い
	状態	姿勢：うつぶせ 仰向け 横向き		昼寝	時頃～ 時頃まで
		熟睡度：浅い 深い		就寝	時頃
		癖：		寝付き	良い 悪い
排泄	オムツ	<ul style="list-style-type: none"> ・している ・していない ・寝ているときだけ ・トレーニング中 		小便	教える 教えない 一人でできる
				大便	教える 教えない 一人でできる 毎日 回 (朝：昼：夜) 便の状態 (硬・軟・普通)
運動	首のすわり(ヶ月)：ハイハイ(ヶ月)：つかまり立ち(ヶ月)：歩き始め(ヶ月)				
言葉	言葉の使い始め(歳 ヶ月)：現在の言葉は はっきりしている していない				
遊び	母親から離れて(同じ空間の中)一人で遊べますか 遊べる 遊べない 好きな遊びはなんですか ()				
着脱	脱衣	上着： 脱げる 脱げない		下着(ズボン等)： 脱げる 脱げない	
	着衣	上着： 着れる 着れない		下着(ズボン等)： 着れる 着れない	
	靴	履ける 履けない			
性格	明朗 ひっこみじあん 強情 泣き虫 気が弱い 飽きっぽい その他 ()				
習癖	つまかみ 指しゃぶり かみつき こだわり その他 ()				
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、毛布等)					
面接担当者名				面接実施日 令和 年 月 日	