

【 こども誰でも通園制度利用 】 面 接 票

■必要事項を記入してください。あてはまる項目に○印をつけてください。

面接日	令和 年 月 日 曜日	利用施設名 _____		
児童名	ふりがな	(愛称)	性別	平熱
			男・女	
生年月日	西暦 年 月 日生 (面接時: 歳 ヶ月)			
保護者名		住 所	周南市	
連絡先	緊急連絡先 (必ず繋がる所) ① _____ ② _____			
家 族 構 成	氏 名	続柄	生 年 月 日	勤 務 先 ・ 連 絡 先
			. .	
			. .	
			. .	
かかりつけ医	小児科 () その他 ()			
発 育	・首のすわった時期 _____ ヶ月 ・意味のある言葉を話し始めた時期 _____ 歳 _____ ヶ月 ・初歩時期 _____ ヶ月			
病 気	・ジフテリア・百日咳・麻疹・風しん・流行性咽頭結膜炎 (プール病)・溶連菌感染症 ・突発性発疹・熱性けいれん・無熱けいれん・中耳炎・おたふくかぜ・水ぼうそう ・小児肺炎球菌・Hib (インフルエンザ菌 B 型)・インフルエンザ・川崎病・腎臓病			
予防接種 (接種済)	・麻疹・風疹 (三日ばしか)・おたふくかぜ (任意)・水痘 (1・2)・百日咳 ・小児肺炎球菌 (1・2・3・追加)・BCG・ヒブ (1・2・3・追加)・B型肝炎 (1・2・3) ・ロタウイルス・日本脳炎 (1・2・追)・MR (I・II)・インフルエンザ (任意) ・四種混合 (1・2・3・追加)・三種混合 (1・2・3・追加+ポリオ1・2)・B型肝炎 (1・2・3)			
体 質	・肘内障 (脱臼) (歳頃)・下痢しやすい・便秘になりやすい・ヘルニア・じんま疹 ・乾燥肌・肌が弱い ()・アレルギー症状 (鼻炎・喘息) ・その他心配事があればお書きください。()			
排 泄	(紙パンツ・布パンツ) ・尿便意が (言える・言わない)			
お昼寝	毎日 (: ~ :)	時々 (時間)	好きな遊び	
食 事	良く食べる ・ 偏食がある () ・ 少食 食物アレルギー (ない・ある (卵 牛乳 大豆 小麦 その他)) (検査済・未検査) (除去している食品…)			
送迎者	父・母・祖父・祖母・その他 ()			