

【 こども誰でも通園制度利用 】 面 接 票

面接日	令和 年 月 日 曜日	_____ 保育園・幼稚園・ぞうさんの家		
ふりがな 氏 名	() 愛称 () 平熱 _____℃ 西暦 年 月 日生 (歳 ヶ月) 男・女			
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） ・三種混合（1・2・3・追加+ポリオ1・2） ・四種混合（1・2・3・追加） ・五種混合（1・2・3・追加）			
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 ()			

※あてはまる項目に○印または記入をお願いいたします。