

下松市乳児等通園支援事業に関する面談シート

面接日	令和 年 月 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	令和 年 月 日生 (面接日時点: 歳 か月)			
保護者名		住所		
電話番号	① _____		② _____	
家族構成	氏名	続柄	生年月日	勤務先・連絡先
			・	
			・	
			・	
			・	
			・	
			・	
送迎者	父・母・祖父・祖母・その他 ()			
かかりつけ医	小児科 () その他 ()			
発育	・首すわり <u>未</u> ・ <u> </u> か月から ・初歩時期 <u> </u> か月 ・意味のある言葉を話し始めた時期 <u> </u> 歳 <u> </u> か月			
病気	無・有 (病名:)			
予防接種 (接種済)	・五種混合 (1・2・3・追加) 又は四種混合 (1・2・3・追加) ・ヒブ (1・2・3・追加) ・小児肺炎球菌 (1・2・3・追加) ・B型肝炎 (1・2・3) ・ロタウイルス (1価: 1・2) (5価: 1・2・3) ・BCG ・MR (第1期) ・水痘 (1・2) ・日本脳炎 (1・2・追) ・RSウイルス ・おたふくかぜ (任意) ・インフルエンザ (任意) ・その他 ()			
体質	・肘内障 (脱臼) ・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 () ・ひきつけ (有熱時 ・ 無熱時) ・その他 ()			
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	食物アレルギー (ない ・ ある ()) (検査済 ・ 未検査)) 除去している食品 (ない ・ ある ())			