

一時預かり事業面接記録票

	フリガナ	面接日 月 日 ()		
児 童 名	男・女	来所者		
住 所		TEL		
生 年 月 日	平成 年 月 日生 歳 か月	該 当 ク ラ ス		
保 育 経 験	無 ・ 有 ()	利用のきっかけ		
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・ミルク 1回 c c ・離乳食 (初期 中期 後期) ・ミルクの補充 (要 c c 不要) ・普通食 アレルギー 有 () 無 ・牛乳 飲んでいる (コップ ・ ストロー ・ 哺乳瓶) 飲めない ・利き手 右手 左手 			
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・オムツ ・パンツ 			
睡 眠	<ul style="list-style-type: none"> ・午前 時頃から 時間位 ・午後 時頃から 時間位 ・入眠時のくせ 			
既 往 歴	ひ き つ け	有 ・ 無		
	腕 の 脱 臼	有 ・ 無	部 位	
	その他の配慮事項			
	かかりつけの病院 () 保険証 種類・・・社会保険・国民健康保健・その他 () 発行機関の保険者番号・・・記号 () 番号 ()			
緊 急 時 の 連 絡 先	TEL			
そ の 他				