

入園面接書

園名	
----	--

児童名	ふりがな				入園年月日		
					男・女	年 月 日	
	年 月 日 生						
住所	TEL ()				緊急連絡先	氏名	続柄
						住所	TEL
家族その他の同居人	続柄	ふりがな 氏 名	生年月日	健康状態	勤務先名・所在地		備考
	父				TEL ()	内線 ()	
	母				TEL ()	内線 ()	
勤務状況	勤務時間 (営業時間)			勤務先から園までの 所要時間	休日及び 定休日	予備欄 最寄り駅 等	
	平 日	土 曜 日					
	父	から まで	から まで	分			
	母	から まで	から まで	分			
保育時間 ※面接時に 記入します。	平 日	土 曜 日		[略図]			
	から まで	から まで					
災害時連絡先 (父母以外)							
氏 名	児童との関係 ()		児童との関係 ()				
住 所	TEL	TEL					
園までの 時間	分		分				
予備欄			通園方法 徒 歩 分 その他 分				
面接者	主に送迎する人：						

※面接書に記入されている事項など、個人情報については保育の目的以外に使用いたしません。(H30)

出生歴(第 子)		生年月日		年 月 日		平熱 °C			
妊娠・出産の 状況	・異常なし ・貧血 ・切迫流産 ・切迫早産 ・妊娠高血圧症候群 ・その他()								
	妊娠期間 : 妊娠 週 日 ・正常分娩 ・帝王切開 ・吸引分娩 ・鉗子分娩 ・骨盤位 ・臍帯巻絡 ・その他()								
	生まれてすぐ泣きましたか? : はい ・ いいえ								
	出生時体重	g	身長	cm	胸囲	cm	頭囲	cm	
1か月健診	異常なし ・ あり ()								
	体重	g	身長	cm	胸囲	cm	頭囲	cm	
哺乳方法	母乳:	か月~	か月	ミルク:	か月~	か月	混合:	か月~	か月

【予防接種】				【かかったことのある病気】		
	接種日		接種日	病名	年月日	年齢
インフルエンザ 菌b型 (Hib)	・	水痘 みずぼうそう	・	突発性発疹	・	歳 か月
	・		・	麻しん	・	歳 か月
	・	日本脳炎	・	風しん	・	歳 か月
	・		・	水痘 みずぼうそう	・	歳 か月
小児用 肺炎球菌	・	ロタウイルス	・	おたふくかぜ	・	歳 か月
	・		・		・	歳 か月
	・		・		・	歳 か月
B型肝炎	・	おたふくかぜ	・		・	歳 か月
	・		・		・	歳 か月
	・		・		・	歳 か月
四種混合 (DPT-IPV) ジフテリア・ 百日せき・破傷 風・ポリオ	・		・		・	歳 か月
	・		・	かかりつけの病院・医院名		TEL
	・		・			
BCG	・		・	<<保険証>> 無 ・ 有 (社保 ・ 国保 ・ 共済)		
麻しん・風しん (MR)	・		・			
	・		・			

【健康面について】

扁桃腺炎 ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 脱臼 (部位) ・ ヘルニア ・ 中耳炎 ・ 風邪をひきやすい
 熱性けいれん、ひきつけ (いつ:) どんな時:)

アレルギー (無 ・ 有)

症 状: 喘息性気管支炎 ・ 鼻炎 ・ 結膜炎 ・ 皮膚炎 ・ 蕁麻疹
 その他 ()

アレルゲン: 卵白 ・ 卵黄 ・ 牛乳、乳製品 ・ 大豆 ・ 小麦
 その他 ()

薬 品 ()

その他、園に伝えておきたいことがありましたらご記入ください。