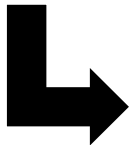


お子さんの食事の状況について

『特例 1 歳児の申込み』は、満 1 歳かつ離乳食が完了し幼児食に移行しているお子さんが対象となります。食事の状況について、下記の各項目を確認し、該当する項目にチェック☑してください。また、利用内定後に、内定園で実際に提供される食事について、食べられる食材等のチェックがあります。

- 1 食事の回数は一日3回。その他に一日1・2回の間食をしていますか。・・・ はい いいえ
- 2 コップで麦茶等の飲み物を飲んでいますか。・・・・・・・・・・・・・・・・ はい いいえ
※幼児クラスの空き保育室での保育のため、ミルクの調乳はできません。
- 3 ひとりで椅子に座っていることができますか。・・・・・・・・・・・・・・・・ はい いいえ
- 4 かじり取りができますか。(薄く切ったりりんごや食パン等)・・・・・・・・ はい いいえ
- 5 口の奥のほうでカミカミしている様子が見られますか。・・・・・・・・ はい いいえ
- 6 手づかみまたはスプーン等を使って、自分で食べようとする様子が見られますか。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい いいえ
- 7 食べたことのあるメニュー(献立)が増えていきますか。



	献立名	確認欄
①	飲料用牛乳を飲んでいますか。〈乳製品〉	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
②	ご飯(お粥を除く)を食べていますか。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
③	うどんやパンを食べていますか。〈小麦〉	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
④	卵焼きを食べていますか。〈卵〉	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
⑤	焼く、炒める、揚げる等の調理をした豚肉を食べていますか。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
⑥	焼く、炒める、揚げる等の調理をした魚を食べていますか。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
⑦	豆腐の味噌汁を食べていますか。〈大豆〉	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ

記入年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用申込み児童名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

子どもの状況（0歳クラス）

あてはまる答に○をつけてください

記入日 年 月 日

児童名	(男・女)		年 月 日生 (歳 か月)
保護者名		住所	新宿区
1	首がすわっていますか	はい ()	か月頃から いいえ
2	寝返りをしますか	はい ()	か月頃から いいえ
3	おすわりをしますか	はい ()	か月頃から いいえ
4	はいはいをしますか	はい ()	か月頃から いいえ
5	つかまり立ちをしますか	はい ()	か月頃から いいえ
6	つたい歩きをしますか	はい ()	か月頃から いいえ
7	あやすと笑いますか	はい ()	か月頃から いいえ
8	見えない方向から声をかけると顔を向けますか	はい ()	か月頃から いいえ
9	おもちゃを出すと手でつかみますか	はい ()	か月頃から いいえ
10	人見知りをしますか	はい ()	か月頃から いいえ
11	テレビ等の音楽に合わせて身体を動かしますか	はい ()	か月頃から いいえ
12	マンマ、ブーブー、パパ等のような言葉を話しますか	はい ()	か月頃から いいえ
13	バイバイ、コンニチハなどの身振りをしますか	はい ()	か月頃から いいえ
14	おとなが相手になり、遊ぶと喜びますか	はい ()	か月頃から いいえ
15	おとなの言う言葉簡単な（おいで、ちょうだい）がわかりますか	はい ()	か月頃から いいえ
16	けいれん発作を起こすことがありますか	(なし 時々 常時)	
17	現在お医者さんに通院していますか。また、訓練機関に通園していますか	はい(病院または訓練機関名_____) 期間_____年_____月から いいえ	
18	お薬を飲んでいますか	はい(薬名_____) 期間_____年_____月から いいえ	
19	その他気になることがあったら記入してください		