

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、以下の各項目を確認し、該当する項目にチェック☑してください。利用が内定した場合は、内定した園で、食べられる食材等の確認を行います。

- 1 食事の回数は1日3回、その他に1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（薄切のりんごや食パン等） . . . 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）が増えていますか



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

記入日：_____年____月____日

記入者（保護者）氏名：_____

申込児童 氏名[生年月日]：_____ [_____年____月____日生]

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		