

# こども誰でも通園制度 事前面談確認票

記入日: 令和 年 月 日

記入者: 父・母・その他( )

フリガナ		生年月日	令和 年 月 日
児童氏名		性別	男・女
保護者氏名	父:	母:	
緊急連絡先①	続柄[ ]	緊急連絡先②	続柄[ ]
お迎えに来られる方の連絡先		続柄[ ]	

該当する項目にチェック・記入をし、その他特記事項がありましたら具体的に記入してください。

基本的な生活について	①食事は自分で食べることができますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しできる	<input type="checkbox"/> できない
	②食べるときは	<input type="checkbox"/> はしを使う	<input type="checkbox"/> スプーンを使う	<input type="checkbox"/> 手づかみ
	③特に嫌いな食べ物がありますか	<input type="checkbox"/> ある( )	<input type="checkbox"/> ない	
	④衣服等の着脱はできますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少し手伝う	<input type="checkbox"/> ほとんどやってもらう
	着脱できるものは	<input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> シャツ	<input type="checkbox"/> 上着 <input type="checkbox"/> ズボン	<input type="checkbox"/> 靴下 <input type="checkbox"/> 靴
	⑤排泄は	<input type="checkbox"/> オムツをしている	<input type="checkbox"/> トレーニング中	<input type="checkbox"/> ひとりのできる
	「ひとりのできる」のは	<input type="checkbox"/> 小便	<input type="checkbox"/> 大便	<input type="checkbox"/> 両方
	排便の状況は	( 日に 回)	( 泥状・軟便・硬め )	
	①主に誰と遊んでいますか	<input type="checkbox"/> 友だち <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> ひとり <input type="checkbox"/> 大人(誰と?)	( )
	②どんな遊びをしていますか	( )		
	③テレビなどはどのくらい観ていますか	<input type="checkbox"/> テレビ( 時間)	<input type="checkbox"/> 動画( 時間)	<input type="checkbox"/> スマホ( 時間)
	テレビなどは常についていますか	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない	
	ゲームをしますか	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない	
	④言語について	<input type="checkbox"/> 喃語	<input type="checkbox"/> 一語文	<input type="checkbox"/> 二語文
		<input type="checkbox"/> 簡単なやりとりができる	<input type="checkbox"/> よく話ができる	
⑤指さしをしますか	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない		
⑥話している人の目を見て聞くことができますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
⑦人見知りしますか	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない		
⑧落ち着きはありますか	<input type="checkbox"/> 落ち着いていられる	<input type="checkbox"/> 目が離せない		
⑨特に心配なことがありましたらお書きください。	( )			
身体について	①くせについて	<input type="checkbox"/> 指しゃぶり	<input type="checkbox"/> タオルしゃぶり	<input type="checkbox"/> その他
	②病気などがありますか	<input type="checkbox"/> ある(服薬は <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない)	<input type="checkbox"/> ない	
	「ある」場合は	<input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> アレルギー	<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> ヘルニア	
		<input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 先天性疾患( )	<input type="checkbox"/> その他( )	
	アレルギーのある場合は	<input type="checkbox"/> 食物( )	<input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 日光 <input type="checkbox"/> 動物 <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> その他( )	
	アレルギーに関して受診したことはありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
	「ある」の方は受診の結果はどうでしたか	( )		
	③関節がはずれたことがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
	「ある」場合は	<input type="checkbox"/> ひじ <input type="checkbox"/> 肩	<input type="checkbox"/> 手首 <input type="checkbox"/> その他( )	
	④特に心配なことがありましたらお書きください。	( )		