

第5号様式(第12条関係)

1歳以上用	ふりがな 児童名	男 女 (愛称:)	歳 か月 (才児) (年 月 日生)
保育状況	<input type="checkbox"/> 在籍している 幼稚園 保育園等 なし・あり 【施設名 _____】 <input type="checkbox"/> 集団保育の経験 なし・あり <input type="checkbox"/> おんぶの経験 なし・あり		
発育	<input type="checkbox"/> 首がすわる (_____ か月頃) <input type="checkbox"/> 寝返りをする (_____ か月頃) <input type="checkbox"/> はいはいができる (_____ か月頃) <input type="checkbox"/> 一人で歩く (_____ か月頃)		
食事	<input type="checkbox"/> 現在ミルクを飲んでますか いる ・ いない <input type="checkbox"/> 1日の回数 (_____ 回) ※満1歳以上のお子様へのミルクの提供はありません。 了承しました (伝えたら○を付ける) <input type="checkbox"/> 牛乳は飲んでますか いる ・ いない <input type="checkbox"/> 飲み方 コップ ・ マグカップ ・ 哺乳瓶 ・ ストロー <input type="checkbox"/> 食欲 (よく食べる・普通・あまり食べない) <input type="checkbox"/> 食べ方(最後まで座っている・遊びながら・口の中にためてしまう・よく噛まない) <input type="checkbox"/> フォークの使用(一人で食べる・手を添えれば食べる・手づかみで食べる・持たせていない) <input type="checkbox"/> 好きな食べ物(_____) <input type="checkbox"/> 嫌いな食べ物(_____) <input type="checkbox"/> 離乳開始時期(_____) <input type="checkbox"/> 調理形態 (_____) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー あり ・ なし 食品名(_____) 症状: 嘔吐・下痢・発疹・じんましん		
睡眠	<input type="checkbox"/> 1日の睡眠時間 0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24時 <input type="checkbox"/> 睡眠の状態 (1) バット・布団・その他(_____) (2) お昼寝 (毎日している・たまにしている・全くしない) (3) 添い寝・おんぶ・抱っこ・一人で・その他(_____) (4) 寝つき(よい・わるい) 寝起き(よい・わるい) (5) 寝ているときの状態 (うつがせ・あおむけ・横向き) (6) くせ等 (指しゃぶり・タオルをもって寝る・その他 _____)		
排泄	<input type="checkbox"/> 紙おむつ・紙パンツ・布おむつ・パンツ <input type="checkbox"/> 排尿 (教える・教えない・後から伝える) 間隔 (長い・短い) <input type="checkbox"/> 排便 (教える・教えない・後から伝える) 硬・普・軟・便秘 (1日 _____ 回) <input type="checkbox"/> 自分でトイレに (行ける・行けない) おねしょ (する・しない・ときどき) <input type="checkbox"/> ひとりで (拭ける・拭けない・手伝う)		
着脱	<input type="checkbox"/> 身の回りのこと (手伝えばやろうとする・やってあげている) <input type="checkbox"/> ひとりでできる (ズボン・上着・ボタン・靴)		
遊び	<input type="checkbox"/> 好きな玩具・遊び (_____)		
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 言葉 でていない・でている (喃語・単語・二語文・文章) <input type="checkbox"/> 指示の理解 できる・少しできる・できない <input type="checkbox"/> 発音 (はっきりしている・わかりにくい・どもる) <input type="checkbox"/> 療育等に通っているか (はい・いいえ) <input type="checkbox"/> 性格 (明るい・おとなしい・気が強い・気が弱い・その他 _____)		
清潔	<input type="checkbox"/> 手洗いの習慣 (拭いてもらう・自分でする) <input type="checkbox"/> 鼻かみ (拭いてもらう・自分で拭く・自分でかめる)		
くせ	つめかみ 指しゃぶり その他 (_____)		
その他	<input type="checkbox"/> 保育時間 時 _____ 分 ~ 時 _____ 分 <input type="checkbox"/> 送迎者 父 母 その他 (_____)		
備考欄			
面接日	年 月 日	施設名	
更新日	年 月 日	施設名	
更新日	年 月 日	施設名	