面接票　平成　　年度

面接日　　年　　月　　日

登録番号			
お子様	ふりがな お名前 愛称 男・女 年　　月　　日生（　　歳　　か月）	保護者様	ふりがな ご氏名 ご住所　〒 お電話 利用理由
	家族 （父・母・兄・姉・弟・妹・祖父・祖母）		

健康	健康面は	健康・体調を崩しがち
	ひきつけはありますか	ない・あり（　　）
	かかりやすい病気はありますか	ない・あり（　　）
	既往症はありますか	ない・あり（　　）
	平熱　　℃	かかりつけの病院
食事の内容	家庭での食事の量は	多い・普通・少なめ
	ひとりで食べようとしますか	はい・いいえ 介助して / スプーン・フォーク・箸　（右・左）
	アレルギーについて	ない・あり（　　）
	よく食べる食物はありますか	ない・あり（　　）
	苦手な食物はありますか	ない・あり（　　）
排泄	便の状態は	硬め・普通・ゆるめ 一日　　回
睡眠	寝付く時の状況は	ひとりで眠る・添い寝・おんぶ・抱いて
	寝付く時の癖はありますか	ない・あり（　　）
	寝やすい姿勢はありますか	うつぶせ・仰向け・横向き・その他（　　）
人との関わり	好きなあそびや玩具などありますか	
	泣いた時の関わり方などありますか	
	家庭での過ごし方は	

保険証　記号　　番号　　保険者番号

乳児医療証　負担者番号　　受給者番号　　有効期限　　指示書　なし・あり

面接時のようす、心配なこと、その他

緊急連絡先　①

②

お勤め先　　名称：

電話番号：

※ 国分寺市外に転居された方は、補助の対象外になりますので、必ずお知らせください。