

(様式 2)

令和7年度 (2025年度)

面接用紙 (家庭状況等調査書)

(あて先) 幼保連携型認定こども園 明石南こどもの城 園長 宛

保護者 住所 〒 _____
_____ 市

氏名 _____

電話 (自宅) _____
_____ (父携帯電話) _____
_____ (母携帯電話) _____

ふりがな 児童氏名	児童生年月日			令和7年3月31日 時点の年齢	クラス名	
	令和 年	月	日	歳		組
現在の保育の状況 ※該当するところに☑等 ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 保育所・保育園・認可外施設・幼稚園・一時預かり等 ・施設名 () ・利用期間 (年 月 ~ 年 月) <input type="checkbox"/> その他 ()					
児童の家庭の状況 (家族全員について利用開始日時点の状況をご記入ください)						
ふりがな 氏名	児童と の続柄	生年月日			年齢	勤務先・就学先の名称, 利用中(予定)の 保育施設等名・病状等
		T・S・H・R 年	月	日	歳	電話
		T・S・H・R 年	月	日	歳	電話
		T・S・H・R 年	月	日	歳	電話
		T・S・H・R 年	月	日	歳	電話
		T・S・H・R 年	月	日	歳	電話
児童の発達・健康の状況など						
出産時	妊娠 (週) で出産 出生時体重 (g)					
排泄	<input type="checkbox"/> オムツをしている <input type="checkbox"/> オムツははずれている <input type="checkbox"/> 排泄は(小・大便)一人のできる					

児 童 の 発 達 ・ 健 康 の 状 況 な ど	
発 達 ・ 健 康	<p>・今まで病気で入院したり大きな怪我や手術をしたことがありますか（先天性疾患も含む）</p> <p><input type="checkbox"/>はい 病名・怪我・手術の内容等（ ）</p> <p>現在の治療の状況（ ）</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ</p>
	<p>・持病や体質で気になることがありますか 例：小児喘息・ひきつけ・アトピー等</p> <p>ある場合（ ）</p> <p>医師からの指導内容（ ）</p>
	<p>・処方薬はありますか</p> <p>ある場合 種類・服用時間帯（ ）</p>
	<p>・今まで受けた保健所の健診で指導を受けたことがありますか</p> <p>ある場合は時期・指導内容（ ）</p> <p>その結果どうしましたか（ ）</p>
	<p>・食べ物のアレルギーはありますか</p> <p>ある場合は、品目（ ）</p> <p>医師からの指導内容（ ）</p>
	<p>・食べ物以外のアレルギーはありますか</p> <p>ある場合は、原因（ ）</p> <p>医師からの指導内容（ ）</p>
遊 び	<p>・友達と一緒に遊びますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>・どんな遊びが好きですか（ ）</p>
<p>・教育時間中、その他の理由で食事・行事等に対する配慮は必要ですか（例：宗教上の理由）</p> <p><input type="checkbox"/>不要 <input type="checkbox"/>要（ ）</p> <p>・どんな子どもに育てたいと思っていますか</p> <p>[]</p>	
<p>・その他、園に伝えておきたい事柄がある場合は、ご記入ください</p> <p>（ ）</p>	

(園使用欄)	
○入園希望日：	年 月 日
○仙台市へ提出する申請書	
<input type="checkbox"/> 「教育・保育給付認定（1号）」	配布日 /
<input type="checkbox"/> 「施設等利用給付認定（1号）」	配布日 /
面接日：	年 月 日 時 分 担当者：