

南三陸町立（ 志津川保育所・戸倉保育所・伊里前保育所・名足こども園 ）

↑ 入所・入園希望(上記)の施設を○で囲んで下さい。

記入日：令和 年 月 日

児童名	ふりがな	男・女	ふりがな 父の氏名	
			ふりがな 母の氏名	
生年月日	H・R 年 月 日 生まれ		令和7年4月1日現在の年齢	歳
住所			行政区	
電話				
集団生活の経験はありますか ある（施設名 保育年数 年） ない				
1 お子さんの健康について				
☆ 持病がありますか ある（病名 ） ない				
☆ 病気で入院したことがありますか ある（病名 ） ない →（あると答えた方）主治医からの指示等 ある（ ） ない				
☆ アレルギーはありますか（有・無）どんなアレルギー（物質）ですか（ ）				
2 健診について				
☆ 健診済みに○で囲んで下さい 3～4か月 6～7か月 1歳6か月 2歳フッ素塗布 2歳6か月 3歳				
☆ 健診でチェックを受けた項目はありますか（有・無）				
3 生活について				
☆ 食事について「苦手な食べものはありますか？」 たくさんある 少しある ない(何でも食べる)				
☆ 排泄について				
自立している(両方 大便 小便) 知らせる 知らせない おむつ使用				
☆ 睡眠について 昼寝(する しない) 寝るときのくせ()				
4 入所(園)するうえで心配なこと、気になるところに☑を入れてください。				
<div><div><input type="checkbox"/>かみつ き</div><div><input type="checkbox"/>落ち着 きが ない</div><div><input type="checkbox"/>指しゃぶ り</div><div><input type="checkbox"/>かんしゃくを 起こし やすい</div><div><input type="checkbox"/>ことばが 何となく 遅い 気が する</div><div><input type="checkbox"/>その他 気になる こと → ()</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>奇 声 を あげ る</div><div><input type="checkbox"/>誰 か を ひっ か く</div><div><input type="checkbox"/>つ め を か む</div><div><input type="checkbox"/>発 音 が 不 明 瞭</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>視 線 が 合 わ ない</div><div><input type="checkbox"/>表 情 が 乏 し い</div><div><input type="checkbox"/>タ オ ル を 離 さ ない</div></div>				

お父さん	職業（ ） 勤務先（ ）
	勤務時間（午前・午後 時 分～午前・午後 時 分）
	休日 ・土曜 ・日曜 ・平日（ 曜日） ・その他（ ）
お母さん	職業（ ） 勤務先（ ）
	勤務時間（午前・午後 時 分～午前・午後 時 分）
	休日 ・土曜 ・日曜 ・平日（ 曜日） ・その他（ ）
祖父母	・同居（父方 母方） ・別居
	祖父の職業（ ） 祖母の職業（ ）
	祖父の休日（ ） 祖母の休日（ ）
☆ いま、子育てをどう感じていますか。あてはまるものに☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 楽しい <input type="checkbox"/> 面倒だ <input type="checkbox"/> 負担だ <input type="checkbox"/> 時タイライラする <input type="checkbox"/> その他（ ）	
☆ 入所（園）したなら、主にどなたが送り迎えをしますか 朝（ ） お迎え（ ）	
☆ 保育所・こども園で、お子さんの体調が崩れたときなど、保護者の方以外に迎えに来ることができる方は、主にどなたになりますか→（ ）	
※備考(お子さんのことで事前に施設に伝えたいことがありましたら記入してください)	