

第一希望園名 _____

1・2 歳児用

⑤

記入日 令和 年 月 日 家庭での生活状況

※(令和 7 年 4 月 1 日時点で 1・2 歳児のお子さん)

児童 氏名	ふりがな	性別	男・女	生年月日	・	・
				年齢	歳	か月(R7.4.1 時点)
保護者 氏名	住所					
	電話番号		(父 ・ 母)			

該当するものに をつけてください

食 事	食事内容	離乳食を食べていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 離乳食を食べている場合、どんなものを食べているか記入してください 好き嫌いがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ・好んで食べるものは何ですか	睡 眠	起床 _____ 時頃 就寝 _____ 時頃 昼寝をしますか <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 昼寝をする場合は時間を記入してください (_____ 時から _____ 時まで)
	食事量	食事量 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> むらがある		排 泄
	食べ方	何を使用して食事をしていますか <input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> マグカップ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 箸 食事の様子はどうですか <input type="checkbox"/> 遊びながら <input type="checkbox"/> ひとりで食べる <input type="checkbox"/> 座らない <input type="checkbox"/> 食べさせないと食べない <input type="checkbox"/> その他	言 葉 に つ い て	
	その他 アレルギー等	アレルギーなどで食べさせてはいけない物がありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない ある場合は具体的に記入してください かかりつけ医院名		

