（様式 2）

令和９年度（２０２７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９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。	□家庭　□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） □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	□オムツをしている　□オムツははずれている　□排泄は（小・大便）一人でできる

児　童　の　発　達　・　健　康　の　状　況　な　ど	
発達・健康	・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） □はい　病名・怪我・手術の内容等（　　） 現在の治療の状況　（　　） □いいえ
	・持病や体質等で気になることがありますか　例：小児喘息・熱性けいれん・アトピー・近視等 ある場合（　　） 医師からの指導内容（　　）
	・処方薬はありますか　（　□ある　□ない　） ある場合　種類・服用時間帯（　　）
	・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 ある場合は時期・指導内容（　　） その結果どうしましたか（　　）
	・食べ物のアレルギーはありますか ある場合は，品目（　　） 医師からの指導内容（　　） ・食べ物以外のアレルギーはありますか ある場合は，原因（　　） 医師からの指導内容（　　）
遊び	・友達と一緒に遊びますか　□はい　□いいえ ・どんな遊びが好きですか（　　）

・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）

□不要　□要（　　）

・どんな子どもに育てたいと思っていますか

［　　］

・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

（　　）

（園使用欄）

○入園希望日：　年　月　日

○仙台市へ提出する申請書

□「教育・保育給付認定（1 号)」　配布日　/

□「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：