

家 庭 生 活 調 査 票

- お子さまに安心して通園していただくために、園として承知しておきたい事柄です。
各欄に差し支えない範囲で正確にご記入ください。
(記入内容は、幼児教育・保育のために活用し、教職員以外の者に口外することはありません。)

ふりがな		男	生年月日	平成 令和 年 月 日生
園児氏名		女	よび名	
ふりがな		男	園児から みた続柄	血液型
保護者氏名		女		
住 所	〒		自宅の 電話番号	

- 保護者氏名、園児からみた続柄の欄は、園児と同居している保護者を記入してください。

		保 護 者 ①		保 護 者 ②		
保護者の 勤務先名・ 電話番号	園児との続柄	()	園児との続柄	()		
	勤務先名称	()	勤務先名称	()		
	電話番号	()	電話番号	()		
緊急時の 連絡先 (携帯電話番号)	①	園児との続柄	()	②	園児との続柄	()
		電話番号	()		電話番号	()
	③	園児との続柄	()	④	園児との続柄	()
		電話番号	()		電話番号	()
かかりつけ の病院(内科)	病院名			かかりつけ の病院(外科)	病院名	
	電話番号				電話番号	
他の認定こども園・幼稚園・ 保育園への就園の有無		有 無	有の場合		園 名	
					通園期間	

ご自宅から園までの略図 (できるだけ分かりやすく記入してください)

園児氏名	
------	--

家族構成	氏名	生年月日	性別	続柄	氏名	生年月日	性別	続柄	
				本人					

■ 入園前の状況

いままでに かかった 病気と時期	麻疹(はしか)	歳	か月	百日咳	歳	か月
	水痘(水ぼうそう)	歳	か月	流行性耳下腺炎	歳	か月
		歳	か月		歳	か月
		歳	か月		歳	か月

かかりやすい病気 手当の方法 ()

いままでにしたけが その後の経過 ()

その他 難聴・弱視・その他特記すべき事項()

健康 管理	予防注射	最初の接種年月	最近の接種年月	予防注射	最初の接種年月	最近の接種年月
	B C G	年 月	年 月	ヒブ	年 月	年 月
DPT-IPV (四種混合) ジフテリア・ポリオ 百日咳・破傷風	I期	年 月	年 月	小児用 肺炎球菌	年 月	追加 年 月
		年 月	追加 年 月		年 月	追加 年 月
DPT (三種混合) ジフテリア 百日咳・破傷風	I期	年 月	年 月	日本脳炎	I期	年 月
		年 月	追加 年 月			追加 年 月
急性灰白髄炎 (ポリオ)		年 月	年 月			追加 年 月
		年 月	年 月	水痘(水ぼうそう)		年 月
MR (麻疹・風疹混合) 麻疹(はしか) 風疹(三日はしか)		年 月	年 月	おたふくかぜ		年 月
		年 月	年 月	インフルエンザ		年 月

発 育 の 状 況	主に育てた人						
	出 産	普通	早産	遅かった	出生時の 体重	g	
	発育状況	1歳まで(良好・普通・ゆっくり)			3~4歳(良好・普通・ゆっくり)		
	哺 乳	母乳	混合	粉ミルク	離乳期	生後	か月より
	体 質	普通 特異体質(アレルギー体質、滲出性体質) その他()					
	歩 行	歩き始めた時期			歳	か月頃から	
	ことば	意味のあることば を言い始めた時期			歳	か月頃から	