

平成29年度 幼児生活調査票

ふりがな 園児氏名	ふりがな 氏名 ※必ず戸籍と同じ書き方にしてください。	性別	男 女	
ふりがな 保護者氏名	ふりがな 氏名 ※必ず戸籍と同じ書き方にしてください。	自宅	TEL	
住所	〒 _____ ※必ず住民票と同じにしてください。 ★今年度中(平成30年3月まで)に転居予定はありますか? YES ・ NO			
緊急連絡先 第1	名前(_____ 続柄: _____) TEL: _____ ※病気、ケガ等でお迎えが必要な場合に連絡が取れる番号を記入してください。			
電話連絡 (誰に繋がるのか記入 ください)	第2 TEL _____ 【 _____ 携帯】	第3 TEL _____ 【 _____ 携帯】		
家族構成	氏名	続柄	生年月日	勤務先・電話番号/学校・学年
	(記入例) 双葉 太郎	父	H27.4.2	ふたばこども園 24-7682
		本人		
				勤務先: TEL:
				勤務先: TEL:

◎メールによる緊急連絡網を承諾していただけますか? はい・いいえ

	ワクチンの種類	どちらかに○をつけて下さい		ワクチンの種類	どちらかに○をつけて下さい				
		済	未				済	未	
予防接種	BCG			<input type="checkbox"/> 三種混合 または <input type="checkbox"/> 四種混合	I 期	1回目			
	ポリオ 生2回 不活化4回	1回目					2回目		
		2回目					3回目		
		3回目				I 期	追加		
		4回目			I 期	1回目			
	おたふく	1回目			日本脳炎		2回目		
		2回目				I 期	追加		
	水痘	1回目			ヒブ	I 期	1回目		
		2回目					2回目		
	肺炎球菌	1回目					3回目		
		2回目				I 期	追加		
		3回目			MR	I 期			
4回目				II 期					
既往歴	病名	既往時年齢		病名	既往時年齢				
	突発性発疹			百日咳					
	おたふくかぜ			急性中耳炎					
	水痘			滲出性中耳炎					
	麻疹			気管支喘息					

健康調査 (部外秘)

※ この調査は園児の健康管理のために行います。保護者の方が必ず記入してください。

健康保険の欄は事故発生時(ケガ等)に必要ですので、コピーして貼付してください。

血液型 型 Rh + . -	①該当する体質に○をつけてください ・アレルギー ・アトピー ・視力が弱い ・聴力が弱い ・ひきつけを起こしやすい
平熱 度 分	
かかりつけの病院 / 電話番号 (病院名) (電話番号)	・その他() ②現在、定期的に通院・通所している所はありますか

保険証のコピーを貼ってください

1. 緊急時、病院に行く場合に使います。
2. 家族欄まで写るようコピーしてください。
(サイズは指定しませんので、枠からはみ出るようであれば、折り曲げて貼り付けてください。)
3. 職場が変わられた時は、その都度コピーを提出してください。

◎お子様の様子について

①好きな遊び ()
②排泄について ・小便(自立・オムツ) ・大便(自立・オムツ)
③入園前にお子様と過ごすことが多かった方は誰ですか。○で囲ってください。 (母・父・祖母・祖父・その他の家族や親族)
④今までに他の園に通っていましたか ※(○)を付けて下さい ・()家庭保育 ・()幼稚園 保育園 こども園 …期間(平成 年 月～平成 年 月) ※園住所→ ※園在籍期間(平成 年 月～平成 年 月) ・()その他
⑤食事について
◆食物アレルギーがありますか (はい・いいえ) ※ はい に○をつけた方は、後日アレルギーに関する書類の提出をしていただきます。
◆お箸をもって食べるができますか(二歳児～年長児) (はい・いいえ)
◆自分で食事をするができますか (はい・いいえ)
◆ご家庭では食事に平均でどれくらいの時間をかけて食べ終わっていますか？ (分)

- ⑥(年長児のみ記入) 小学校の入学先予定を教えてください。
※ 附属受験をされる予定の方は○を付けて下さい。

小学校

※ 附属受験 予定

- ⑦その他心配なことがあればご記入ください。

※ 記載していただいた個人情報は、定められた目的以外に使用することはありません。
卒園、進級の際には、一年間保管し、破棄させていただきます。