

乳幼児生活調査票		フリガナ			男・女	入園 進級 年月日	※園で記入します						
		園児氏名											
		号認定(標準・短期)	生年月日	年	月	日	生	血液型	型				
現住所		〒			自宅電話番号								
保護者	フリガナ			園児の写真 ※顔が大きくはっきりと 写っている写真を貼って 下さい。									
	氏名/年齢	父:	(才)						母:	(才)			
	勤務先												
	勤務内容												
	勤務先住所												
	勤務先TEL												
	勤務時間	平日	:						~	:	:	~	:
		土曜	:						~	:	:	~	:
	休日	月・火・水・木・金・土・日							月・火・水・木・金・土・日				
備考													
緊急連絡先 (優先順位)	1	名前:	(続柄:)		自家用車	メーカー							
		職場TEL:				車種							
		携帯:				色							
※ 災害時に 引き渡す方も 1~3に限定します	2	名前:	(続柄:)		ナンバー	横浜	横浜						
		職場TEL:				-	-						
		携帯:											
祖父母宅連絡先	父方	名前:			連絡時、注意する事								
		住所:											
		tell:											
祖父母宅連絡先	母方	名前:											
		住所:											
		tell:											
通園方法	自家用車 徒歩 自転車 電車 バス				所要時間	分							
子どもの教育・保育について望むこと													
健康面で特に注意してほしいこと													
健診	・3~4ヶ月健診 ・ 10ヶ月健診 ・ 1歳6ヶ月健診 ・ 3歳6ヶ月健診												

※最終健診結果のコピーを裏に貼り付けて下さい。

※最終健診結果のコピーを貼り付けて下さい。

※支給認定証のコピーの提出をお願いします。
貼らずにお持ちください。

家族同居人氏名		生年月日		性別	本人からみた続柄	本人の兄弟・姉妹の在学年名		備考
		年	月	日				
		年	月	日				
		年	月	日				
		年	月	日				
		年	月	日				
		年	月	日				
本人の出生地	都道府県		市区町村					
子どもが生まれてから引っ越した場所					住んでいた期間			
1	都道府県		市区町村		才頃から	才頃まで		
2	都道府県		市区町村		才頃から	才頃まで		
両親と離れた生活したことがある有無	有	無	期間		理由		その間世話した人(祖父母・おじ・おば等)	
両親と離れて生活したことがありますか	父・母・なし		年	月	～	年	月	
・下記の病気について既往歴、発症年齢を記入してください。								
		既往有無		発症年齢		治療内容・その他		
1	気管支ぜんそく 又はぜんそく性気管支炎	無	有	歳	ヶ月	・内服をしている(毎日・発作時のみ) 発作の原因 ・吸入している(毎日・発作時のみ)		
		医院名:						
2	アレルギー性 鼻炎	無	有	歳	ヶ月	・原因物質 有()・無・不明 ・内服をしている(毎日・発症時)		
		医院名:						
3	アレルギー性 皮膚炎	無	有	歳	ヶ月	・原因物質 有()・無・不明 ・内服(毎日・症状時) ・軟膏塗布(毎日・症状時)		
		医院名:						
4	アレルギー性 結膜炎	無	有	歳	ヶ月	・原因物質 有()・無・不明 ・点眼(毎日・症状時) ・内服(毎日・症状時)		
		医院名:						
5	アレルギー性 食物	無	有	歳	ヶ月	・原因食品() ・除去食品 有() 無		
		医院名:						
6	中耳炎	無	有	歳	ヶ月	・(急性・滲出性)である ・内服(毎日・症状時) ・鼓膜切開処置を受けた(H 年 月)		
		医院名:						
7	熱性けいれん	無	有	歳	ヶ月	・座薬の処方: 有・無 挿入時の体温: °C ・今までの発作回数()回 最終発作年月日: 年 月		
		医院名:						
8	関節脱臼	無	有	歳	ヶ月	・脱臼部位: 右肩()回 左肩() 右肘()回 左肘()回 最終脱臼年月日: 年 月		
		医院名:						
その他の既往歴				疾患名() 医院名:				
例:突発性発疹・川崎病・水疱瘡etc								
薬物アレルギー	無	有	歳	ヶ月	原因となった病名:			
	医院名:			アレルギー反応の出た薬品名:				

・下記の予防接種について、接種歴をご記入ください。

	種類	接種有無		接種日	種類	接種有無		接種日
定期接種	ヒブ	有・無	1	年 月	四種混合	有・無	1	年 月
			2	年 月			2	年 月
			3	年 月			3	年 月
			4	年 月			4	年 月
	ロタウイルス	有・無	1	年 月	B型肝炎	有・無	1	年 月
			2	年 月			2	年 月
			3	年 月			3	年 月
	水痘	有・無	1	年 月	日本脳炎	有・無	1	年 月
			2	年 月			2	年 月
	MR	有・無	1	年 月			BCG	有・無
			2	年 月	1	年 月		
	任意接種	おたふくかぜ	有・無	1	年 月			
2				年 月				
インフルエンザ		有・無	1	最終接種日	年	月		

出産	時期： 普通 ・ 早産 ・ 遅い	平熱： °C
	状況： 軽 ・ 難産 ・ 手術分娩	
	体重： g	
授乳	母乳 ・ 人工乳 ・ 母乳と人工乳の混合	
断乳・卒乳	才 ヶ月	
歩き始めた時期	才 ヶ月 未習得	
健康	良好 気になるところ：	
耳の異常	なし ・ 耳垂れがしやすい ・ 聞こえづらい ・ 耳の病気になりやすい 気になるところ：	
目の異常	なし 気になるところ：	
大便	普通 ・ 下痢しやすい ・ 便秘になりやすい	
肌	良好 気になるところ：	
かかりつけの病院名		
小児科 () 整形・整形外科 ()		
眼 科 () 皮膚科 ()		
耳鼻科 () 歯 科 ()		
その他 ()		

通ったことのある保育園・幼稚園・認定こども園	
・園名 ()	・期間(年 月 ~ 年 月)
家では子どもをどう呼びますか	
好きな遊び	
家で飼っている動物	

性格 気が弱い・甘えん坊・わがまま・明朗・気が散りやすい・強情・その他()	
人見知りしますか する・普通・しない	どんなものを怖がりますか
用便が一人で出来ますか(2歳以上の方記入) 出来る・出来ない	便が自分で拭けますか(2歳児以上の方記入) 拭ける・拭けない
添い寝をしますか はい(どなた)・いいえ	
好きな食べ物	嫌いな食べ物
言葉を言い始めた時期(1歳以上の方記入) 歳 月	最初に言い出した言葉(1歳以上の方記入)

・その他

伝えたいこと・気になること・悩み・相談等あれば、ご自由にお書きください。
