

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:) 職場TEL: 携帯:				自家用車 メーカー 車種 色 ナンバー 横浜 -			
		2	名前: (続柄:) 職場TEL: 携帯:							
		3	名前: (続柄:) 職場TEL: 携帯:							
※ 災害時に 引き渡す方も 1～3に限定します		父方 祖父(歳) 祖母(歳)	名前:		母方 祖父(歳) 祖母(歳)		名前:		連絡時、注意する事	
			住所:		住所:					
		tell:		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。

（前年度と変更のない方は、貼らなくて大丈夫です）

※支給認定証に変更のあった方はコピーの提出をお願いします。
貼らずにお持ちください。

・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 (DPT+ポリ オ)	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			3	年 月
			2	年 月	BCG	有・無	1	年 月
	小児肺炎球菌	有・無	1	年 月				
			2	年 月				
			3	年 月				
			4	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		
新型コロナ		有・無	1	最終接種日	年	月		
A型肝炎		有・無	1	年 月				
			2	年 月				
			3	年 月				

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 (	)		

・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。