

園児調査票 その1

(※印は記入しないで下さい。)

※入園	年	月	日
※退園	年	月	日

フリガナ		性別	生年月日		フリガナ		続柄				
児童名		男・女	年月日		保護者名						
住所	住所 電話				※保育時間						
					平日	～		土・日曜日	～		
父	勤務先住所 会社名 所属課				勤務時間		電話				
					平日	～		土・日	～		内線
母	勤務先住所 会社名 所属課				勤務時間		電話				
					平日	～		土・日	～		内線
通勤時間	父	片道 ()分	週休	父	有 ()・無	送り迎えする人	朝				
	母	片道 ()分		母	有 ()・無		夕				
家族構成	続柄	氏名		生年月日	職業または学校名		備考				
	父										
	母										
住居状況	種類	一戸建て	日当たり	通園方法	通園時間	分					
		マンション									
		アパート	風通し								
		団地	その他								
	その他			通園順路 (危険な場所は赤印)							
緊急連絡先	父	自宅	携帯								
	母	自宅	携帯								
	父母に連絡できない場合		児童との続柄:								
入園を希望する理由					入園までの保育歴						
クラス名・担任・印											
0歳児		1歳児		2歳児		3歳児		4歳児		5歳児	
印	印	印	印	印	印	印	印	印	印	印	

※裏面もあります

かかりつけの医師		健康保険証控		平熱	
病院名		記号	番号		
所在地		保険者番号			
電話		名称			
出生歴	第 子	正常分娩 異常分娩	早産 ()ヵ月	アレルギーの有無 なし・あり 「あり」の場合 () アレルギー 常備薬・服薬の有無 なし・あり ()	
栄養	1 母乳栄養 2 混合栄養 3 人工栄養	離乳食開始 離乳食終了 断乳	年 月 日 年 月 日 年 月 日		
予防接種	接種名	接種年月日		既往歴	
	B C G	年 月 日			
	四種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ)	初回 年 月 日	追加 年 月 日		熱性けいれん 年 月 日 (才)
	五種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ)	年 月 日	年 月 日		麻疹 (はしか) 年 月 日
	麻疹・風疹混合 (MR)	第1期 年 月 日	第2期 年 月 日		風疹 (3日ばしか) 年 月 日
	水痘 (みずぼうそう)	年 月 日	年 月 日		水痘 (みずぼうそう) 年 月 日
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	年 月 日	年 月 日		流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 年 月 日
	日本脳炎	初回 年 月 日	追加 年 月 日		百日咳 年 月 日
	ヒブワクチン (髄膜炎)	年 月 日 (才 ヵ月)	年 月 日 (才 ヵ月)		突発性発疹 年 月 日
	小児用肺炎球菌ワクチン	年 月 日 (才 ヵ月)	年 月 日 (才 ヵ月)		中耳炎 年 月 日
	B型肝炎ワクチン	年 月 日	年 月 日		ぜんそく 年 月 日
	ロタウィルスワクチン	年 月 日	年 月 日		インフルエンザ 年 月 日 年 月 日 年 月 日
	その他	() 年 月 日	() 年 月 日		() 年 月 日