

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:											
		祖母(歳) tell:											
祖父母宅連絡先	母方	名前:											
		住所:											
		祖母(歳) 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			3	年 月
			2	年 月	BCG	有・無	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。
--------------------------------------