

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				
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		
	2	名前: (続柄:) 職場TEL: 携帯:		車種		
	3	名前: (続柄:) 職場TEL: 携帯:		色		
※ 災害時に引き渡す方も1~3に限定します				ナンバー	横浜	横浜
					-	-

祖父母宅連絡先	父方	名前: 住所: tell:	母方	名前: 住所: tell:	連絡時、注意する事
---------	----	---------------------	----	---------------------	-----------

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	・4ヶ月健診 ・ 11ヶ月健診 ・ 1歳6ヶ月健診 ・ 3歳3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ください。

・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
		有	無	歳 ヶ月	
1	気管支ぜんそく 又はぜんそく様気管支炎	有	無	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	有	無	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	有	無	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	有	無	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	中耳炎	有	無	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:				
6	食物 アレルギー性	有	無	歳 ヶ月	・原因食品() ・除去食品 有() 無
	医院名:				
7	熱性けいれん	有	無	歳 ヶ月	・けいれん止め座薬の処方 有 ・ 無 ・今までの発作回数()回 最終H 年 月
	医院名:				
8	関節脱臼	有	無	歳 ヶ月	・脱臼部位: 右肩()回 左肩() 右肘()回 左肘()回 最終H 年 月
	医院名:				
9	川崎病	有	無	歳 ヶ月	・内服をしている(毎日・発症時) ・除去食品 有() 無
	医院名:				
10	おたふく風邪	有	無	歳 ヶ月	・右 ・左 ・両方
	医院名:				
11	りんご病	有	無	歳 ヶ月	
	医院名:				
12	突発性発疹	有	無	歳 ヶ月	
	医院名:				
13	水ぼうそう	有	無	歳 ヶ月	
	医院名:				
その他の疾患		有 : 疾患名() 医院名:			

送迎者リスト

下記の表に送迎に来る方を記入してください。

送迎者リストに記入されている方は、事前連絡をいただいたうえで、お迎え時にお子様を引き渡しさせていただきます。

安全な引き渡しを行なったため、送迎者リストに記入されていない方や送迎者リストに記入されていても

職員がお迎えの方のお顔がわからない場合は事前連絡をお願いします。

尚、事前連絡がない場合は保護者の方と連絡がとれるまで、お待ちいただきますので

ご了承ください。

続柄() 氏名
続柄() 氏名
続柄() 氏名
続柄() 氏名
続柄() 氏名
続柄() 氏名
続柄() 氏名
続柄() 氏名

年 月 日 現在