

児童生活調査票

*太枠内のご記入をお願いします。

入園日：西暦 年 月 日

*この書類は毎年変更がないか等確認、追加記入して頂きます。

退園・卒園日：西暦 年 月 日

園児	フリガナ			性別	クラス	年齢	担任	
	氏名	家庭での呼び名()		男・女		0歳児		
						1歳児		
	生年月日	西暦 年 月 日生		血液型		2歳児		
						3歳児		
						4歳児		
現住所	〒			電話	自宅()			
					母携帯			
父携帯								
※転居した場合記入	〒			※電話番号の変更があった場合記入				
家族構成	続柄	フリガナ 氏名	生年月日	勤務先・学校名	勤務先住所・電話番号			
			西暦 年 月 日		TEL:			
			西暦 年 月 日		TEL:			
			西暦 年 月 日		TEL:			
			西暦 年 月 日		TEL:			
			西暦 年 月 日		TEL:			
			西暦 年 月 日		TEL:			
勤務時間	父 勤務時間 (平日) : ~ : (土曜) : ~ :							
	母 勤務時間 (平日) : ~ : (土曜) : ~ :							
登園時間 : 父 母 他()				お迎え時間 : 父 母 他()				
通園方法 徒歩 自家用車 他()								
通園経路				※転居した場合の通園経路				

児童の記録

かかりつけの病院		病院TEL	
かかりつけの歯科		病院TEL	
平均体温	度	睡眠時間	時間
		授乳間隔	時間置き
		ミルクの量	ml

幼児 発 育 歴	*出 産 歴	第()子	*離乳完了	年 月 頃
	*出 産	安産・帝王切開・早産(カ月)	*おむつが外れた時	年 月 頃
	*出産時の体重	()g	*首のすわり	年 月 頃
	*栄 養	母乳・人口乳・混合	*歩行開始	年 月 頃
	*主な養育者	()	*発言(マンマ・プー・プー等)	年 月 頃

	種 類		撮 取 日	種 類		撮 取 日	
	予 防 接 種	*四種混合 ・百日咳 ・ジフテリア ・破傷風 ・不活化ポリオ	第一期	第1回	年 月 日	*日本脳炎	第1回
第2回				年 月 日	第2回		年 月 日
第3回				年 月 日	*ヒブワクチン 肺炎球菌	第一期	第1回
第二期		年 月 日	第2回	年 月 日			
*MRワクチン (麻しん・風しん混合)		第1回	年 月 日	第3回			年 月 日
		第2回	年 月 日	第二期		年 月 日	
*BCG			年 月 日	*水痘 (任意)		年 月 日	
				*おたふくかぜ (任意)		年 月 日	

	種 類	かかった日	種 類	かかった日
	既 往 歴	*はしか	年 月 日	*水ぼうそう
*風しん		年 月 日	*突発性発疹	年 月 日
*おたふくかぜ		年 月 日	*その他()	年 月 日
*その他()		年 月 日	*その他()	年 月 日

* かかりやすい病気、体質、発達等について気になる事があれば記入して下さい。

* 個人情報保護法に基づき、この書類は園内でのみ必要事項として確認させて頂き、大切に保管致します。