

園児調査票

(No.)

(園 児 と 保 護 者 の 写 真)

※顔のわかりやすい写真を貼付してください

住所 〒 —				電話番号 — —	
(ふりがな) 家族の氏名	続柄	生年月日	性別	勤務先名または 学校名	みくにひじり 幼稚園在園・ 卒園関係有無
(園児)	本人	. .			卒園関係有無
(保護者)		. .			有・無
		. .			有・無
		. .			有・無
		. .			有・無
		. .			有・無

<緊急連絡先> 連絡を優先する順番に番号①、②…を記入してください。

園児との関係	携帯電話番号	電話番号	住 所
()勤務先			
()勤務先			

家から保育園までの略図と通園路

1. 通園路は、赤線でしるしをしてください。
2. 目立つ目標物があれば書き入れてください。

N

3. 遠方の方は、めだつた目標物（駅・学校）から家までを記入してください。

1

通園距離 () m

所要時間 徒歩 () 分

記入年月日 年 月 日

※この調査票は保育の参考にさせていただきますので、正確に書いてくださるようにご協力お願いいたします。

なお、極秘の書類として厳重に保管し、保育以外の目的に使用されることはありません。

※該当するところに○印、または具体的に記入してください。

※インクまたはボールペンで記入してください。

かかりつけの 病院	病院名					電話番号		
	病院名					電話番号		
保険証番号	種類	記号			番号			
分娩の経過	妊娠中にかかった病気 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし							
出産時の状況	在胎期間： 週 日		体重	g	身長	cm	頭位	cm
	新生児期の特別な処置（仮死状態、保育器使用、酸素使用等） <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし							
血液型	A・B・O・AB		Rh (+ ・ -)		不明			
ほ乳・離乳食	母乳の期間： <input type="checkbox"/> 授乳中 () <input type="checkbox"/> 卒乳 (か月頃まで授乳)							
	粉ミルクの期間： <input type="checkbox"/> 授乳中 () <input type="checkbox"/> 卒乳 (か月頃まで授乳)							
	離乳食開始： か月頃から開始							
予防接種日	四種混合 (DPT-IPV)	1	2	3	4	水痘	1	2
	ヒブ (Hib)	1	2	3	4	その他		
	小児用 肺炎球菌	1	2	3	4			
	日本脳炎	1	2	3	B型 肝炎	1	2	3
	ロタウイ ルス	1	2	3	麻しん 風しん		BCG	
かかった病気	<input type="checkbox"/> 印	年 月 日		おたふくかぜ				
突発性発疹				水痘				
百日せき				りんご病				
麻しん				その他				
風しん								
<p>今までにかかったものに○をつけてください</p> <p>1. 心臓病 2. 腎臓病 3. けいれん 4. てんかん 5. ぜん息 6. ヘルニア 7. その他 ()</p> <p>上記の項目について、かかった時の様子と、現在の症状についてご記入ください。</p>								
番号	診断名	かかった時の様子・年齢			現在の症状・医師の指示・病院名			

体質の特徴	<input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 脱きゅう(肘内障)部位 () <input type="checkbox"/> 湿しん <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 鼻血 <input type="checkbox"/> 扁桃炎 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> その他気になる体質 ()
体温	平熱： 度 今までの最高体温： 度
アレルギー	<input type="checkbox"/> 食品 () <input type="checkbox"/> 動物 () <input type="checkbox"/> 花粉 () <input type="checkbox"/> ハウスダスト ()
定期健診 受けたものに すべて <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 3ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 9ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 ◎健診で指導を受けたことや経過観察になっていることはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ある場合の内容 ()
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 名前を呼んだら振り向く
視力	<input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 目つきや目の動きで心配なことがありますか ()
食事	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> コップで飲む <input type="checkbox"/> 手づかみで食べる <input type="checkbox"/> スプーンで食べる <input type="checkbox"/> はしで食べる ☆好きな食べ物 () ☆苦手な食べ物 ()
排泄	◎紙おむつ <input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない ◎小便 <input type="checkbox"/> 知らせない <input type="checkbox"/> 知らせる <input type="checkbox"/> 自分でする ◎大便 <input type="checkbox"/> 知らせない <input type="checkbox"/> 知らせる <input type="checkbox"/> 自分でする
睡眠	◎睡眠 <input type="checkbox"/> する午前 (~) 午後 (~) <input type="checkbox"/> しない ◎寝つき <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い ◎寝起き <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い ◎状況 <input type="checkbox"/> 一人で寝る <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> 指吸い <input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> その他 () ◎夜睡眠 午後 時 分~午前 時 分
遊び	☆好きな遊び() 誰と遊んでいるか ()
その他	◎集団経験の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 歳~ () 歳まで 施設名 () ◎家庭での喫煙者 (新型たばこ含む) <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ◎子育てで相談できる人はいますか？ <input type="checkbox"/> いる・主に誰ですか？ () <input type="checkbox"/> いない
呼び名	