

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 |
| (兄弟・姉妹) | | . . | | | 有・無 |
| (兄弟・姉妹) | | . . | | | 有・無 |
| (兄弟・姉妹) | | . . | | | 有・無 |

| | |
|--------------------|---|
| 主な登録理由 (該当項目に☑) | <input type="checkbox"/> 保護者の就労や準備等 <input type="checkbox"/> 保護者のリフレッシュ、息抜き <input type="checkbox"/> 子どもに集団経験をさせたいため <input type="checkbox"/> 緊急時の備え |
|--------------------|---|

<緊急連絡先>

| 連絡順 | 氏名(ふりがな) | 続柄 | 緊急連絡先 |
|-----|----------|----|-------------------|
| ① | | | 携帯： 自宅 or 勤務先： |
| ② | | | 携帯： 自宅 or 勤務先： |
| ③ | | | 携帯： 自宅 or 勤務先： |

家から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。
3. 遠方の方は、めだった目標物（駅・学校）から家までを記入してください。



| | |
|------------------|---------------|
| 自宅から園までの距離 () m | 所要時間 徒歩 () 分 |
|------------------|---------------|

<肖像権について>

幼稚園・保育園の園児を対象に、保育中の写真撮影・園内掲示（アプリ配信）を行っています。一時保育のお子さんを対象に撮影することはありませんが、映り込むことがあります。ご了承ください。

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 ○印をつけて ください | 四種混合 (DPT-IPV) | 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 | | 水痘 | 1回・2回 受けていない |
| | ヒブ (Hib) | 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 | | MR (麻疹 風疹) | 受けた |
| | 小児用 肺炎球菌 | 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 | | | 受けていない |
| | 日本脳炎 | 1回 ・ 2回 ・ 3回 | | B型 肝炎 | 1回・2回・3回 |
| | ロタ ウイルス | 受けた・受けていない | | BCG | 受けた・受けていない |
| 既往歴 ○をつけて ください | 1. 麻疹（はしか） 2. 水痘（水ぼうそう） 3. 百日咳 4. 肺炎 5. 風疹 6. 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 7. てんかん 8. 心臓疾患 9. 中耳炎 10. アトピー性皮膚炎 11. 喘息 12. 突発性発疹 13. じんましん（原因： ） 14. 熱性けいれん（過去 回、最後の発作 年 月頃） 15. その他（ ） | | | | |
| ※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 | | | | | |
| 診断名 | 年齢・かかった時の様子 | | 現在の症状・医師の指示・病院名 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 体質的特徴 | <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 () | | | | |

