

# 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	. .			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 ( )				

