

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	
<p>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。</p> <p>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。</p> <div style="text-align: right;">  </div>	
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		
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 (月頃まで授乳)			
	粉ミルクの期間： <input type="checkbox"/> 授乳中 () <input type="checkbox"/> 卒乳 (月頃まで授乳)			
	離乳食開始： 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 ()			

