

# 園 児 調 査 票

認定こども園

※できるだけ詳しく記入してください。( ) 歳児保育 記入 年 月 日

園 児	ふりがな			入所	令和 年 月 日	
	氏名			退所	令和 年 月 日	
	現住所 〒			保険証番号		
				平熱	℃	
				血液型	型	
生年月日	年 月 日生	男・女	かかりつけ			
連絡先	自宅	TEL		病院	TEL	
	母携帯	TEL		メールアドレス		
	父携帯	TEL		メールアドレス		
	緊急時	TEL	続柄	TEL	続柄	
家族の記録	氏 名	続柄	生年月日	勤務先 (小○年生) (中○年生)	勤務先電話番号	
		父				
		母				
		本人				
勤務時間等		父 親		母 親		
	平日	時 分～	時 分	時 分～	時 分	
	土曜	時 分～	時 分	時 分～	時 分	
	休日	月・火・水・木・金・土		月・火・水・木・金・土		
	園から園場までの所要時間					
	園から園場までの交通手段					
園までの道順略図				入園前の養育経過等		

連絡先に優先順位がある場合は、①、②・・・と記入してください。

※ いただいた情報については、園で厳重に管理し、第三者への提供はいたしません。

予防接種歴・罹患歴調査票

氏名		男・女	生年月日	年	月	日					
出生歴	出産順位:	人中(第 子)		出生時の体重: g							
	妊娠中の異常( なし・あり ) 出産時の異常( なし・あり )										
発達	首のすわり( ヶ月) ・ おすわり( ヶ月) ・ 一人歩き( 歳 ヶ月)										
	栄養法(母乳・人工・混合) 現在の食事・・・普通食・離乳食(具体的に )										
アレルギー	食物アレルギーが( なし・あり )										
	薬・その他のアレルギーが( なし・あり )										
既往歴	水痘( 歳 ヶ月)・おたふくかぜ( 歳 ヶ月)・百日咳( 歳 ヶ月)・はしか( 歳 ヶ月)										
	B型肝炎( 歳 カ月 キャリアーでない・ある ) ・その他[ ]										
	熱性けいれん: 初回 歳 カ月 ・ 最後 歳 カ月 (これまでに 回)										
	喘息: 治療を している ・ していない ・ 発作時だけ										
	アトピー性皮膚炎: ない ・ ある (治療は 内服薬 ・ 食事療法 ・ していない )										
入院:		ない	ある	(病名	歳	ヶ月)					
				(病名	歳	ヶ月)					
				(病名	歳	ヶ月)					
予防接種	Hib	1回目	H・R	年	月	ポリオ(経口) 不活化ポリオ	1回目	H・R	年	月	
		2回目	H・R	年	月	*ポリオ(経口)のみの場合は、2回で終了。	2回目	H・R	年	月	
		3回目	H・R	年	月		3回目	H・R	年	月	
		追加	H・R	年	月		追加	H・R	年	月	
	肺炎球菌	1回目	H・R	年	月		BCG	1回のみ	H・R	年	月
		2回目	H・R	年	月	MR (麻疹・風疹)	1回目	H・R	年	月	
		3回目	H・R	年	月		2回目	H・R	年	月	
		追加	H・R	年	月		水痘 *H26.10月より定期接種。	1回目	H・R	年	月
	四種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ)	1回目	H・R	年	月			日本脳炎	2回目	H・R	年
		2回目	H・R	年	月	1回目			H・R	年	月
		3回目	H・R	年	月	2回目			H・R	年	月
		追加	H・R	年	月	追加	H・R		年	月	
	三種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風)	1回目	H・R	年	月	おたふく (任意接種)	1回目	H・R	年	月	
		2回目	H・R	年	月		2回目	H・R	年	月	
		3回目	H・R	年	月		1 四種混合と(三種混合+ポリオ)は、どちらかの接種になります。 2. 任意接種には、おたふくかぜのほか、B型肝炎、ロタウイルス、インフルエンザ等があります。ご希望の方は、医療機関にお問い合わせのうえ接種してください。				
		追加	H・R	年	月						
保護者の意見											