

# 家庭環境調査表①

みつばキラリ園

## ①家庭環境について

氏名	(フリガナ)	愛称	男 ・ 女	生 年 月 日		
				H・R	年	月
住所	〒					
	自宅TEL ( )					
	携帯番号 ( )					
家族構成	名 前	続 柄	生 年 月 日		勤務先 ・ 学校等	
			S・H・R . .			
			S・H・R . .			
			S・H・R . .			
			S・H・R . .			
			S・H・R . .			

## ②勤務先について

続柄 ( )	勤務先名：			勤務先TEL：		
	所在地：					
	勤務時間：(平日) 時 分～ 時 分 (土曜日) 時 分～ 時 分					
	休日：月・火・水・木・金・土・日・不定・その他 ( )					
続柄 ( )	勤務先名：			勤務先TEL：		
	所在地：					
	勤務時間：(平日) 時 分～ 時 分 (土曜日) 時 分～ 時 分					
	休日：月・火・水・木・金・土・日・不定・その他 ( )					

## ③緊急連絡先 ※日中繋がりやすい連絡先から順に記載をお願いします。

	氏 名	続柄	職場・携帯	連絡先TEL
第1連絡先			職場・携帯	
第2連絡先			職場・携帯	
第3連絡先			職場・携帯	

## ④送迎について

主な送迎者	父 ・ 母 ・ その他(続柄： 氏名 )		
送迎にかかる時間	( 自宅 ) から園まで ( ) 分 交通手段 ( )		
	( 父 勤務先 ) から園まで ( ) 分 交通手段 ( )		
	( 母 勤務先 ) から園まで ( ) 分 交通手段 ( )		
	( その他 ) から園まで ( ) 分 交通手段 ( )		

※記載内容に変更があった場合は必ず担任までお知らせください。

## 家庭環境調査表②

みつばキラリ園

氏名 \_\_\_\_\_

### ⑤健康保険種類および記号番号

(名称)	(記号)	(番号)
------	------	------

### ⑥かかりつけ医院

内 科		TEL	
外 科		TEL	
( ) 科		TEL	
( ) 科		TEL	

### ⑦出生時の状況（母子手帳を参考に記入してください）

胎児期	母体の健康状態 正常 ・ 異常あり（ ）		
出生時	早産（ ）ヶ月 ・ 満産期 ・ 過期産		
	正常分娩 ・ 逆子 ・ 鉗子 ・ 吸引 ・ 切開		
	出生時体重（ ）g ・ 身長（ ）cm		

### ⑧健康診査

4ヶ月	（ 済 ・ 未 ） 受診結果（ ）		
1歳6ヶ月	（ 済 ・ 未 ） 受診結果（ ）		
3歳	（ 済 ・ 未 ） 受診結果（ ）		

### ⑨体質について

項 目	該 当	項 目	該 当
風邪をひきやすい	有 ・ 無	吐きやすい	有 ・ 無
発熱しやすい	有 ・ 無	鼻血が出やすい	有 ・ 無
便秘しやすい	有 ・ 無	自家中毒をおこしやすい	有 ・ 無
下痢しやすい	有 ・ 無	喘息がおきやすい	有 ・ 無
骨折しやすい	有 ・ 無	ひきつけやすい	有 ・ 無
脱臼しやすい	有 ・ 無	その他（ ）	有 ・ 無
アトピー性皮膚炎がある	有 ・ 無	その他（ ）	有 ・ 無
食物アレルギーがある	有 ・ 無	その他（ ）	有 ・ 無
花粉症がある	有 ・ 無	その他（ ）	有 ・ 無
口内炎がでやすい	有 ・ 無	その他（ ）	有 ・ 無

# 家庭環境調査表③

みつばキラリ園

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

⑩生育歴（母子手帳を参考に記入してください）

	名称	年・月・日				
		1回目	2回目	3回目	4回目	
予防接種の状況	B型肝炎	. .	. .	. .	. .	
	ロタウイルス	. .	. .	. .	. .	
	肺炎球菌	. .	. .	. .	. .	
	五種混合	. .	. .	. .	. .	
	四種混合	. .	. .	. .	. .	
	三種混合	. .	. .	. .	. .	
	ヒブ					
	BCG	. .	. .	. .	. .	
	MR（麻疹風疹混合）	. .	. .	. .	. .	
	水痘	. .	. .	. .	. .	
	おたふくかぜ	. .	. .	. .	. .	
	日本脳炎	. .	. .	. .	. .	
	髄膜炎菌	. .	. .	. .	. .	
	不活化ポリオ	. .	. .	. .	. .	
生ポリオ	. .	. .	. .	. .		
既往歴	麻疹（はしか）	才	才	喘息	才	才
	水痘(水ぼうそう)	才	才	花粉症	才	才
	おたふくかぜ	才	才	その他( )	才	才
	風疹(三日はしか)	才	才	その他( )	才	才
	伝染性紅斑(りんご病)	才	才	その他( )	才	才
	インフルエンザ	才	才	その他( )	才	才

\* 法定接種は国で、定められている義務接種ですので必ず受けて下さい。