

幼児生活調査票

フリガナ				生年	平成	月	日	性別	男・女	
園児氏名				年月日	年	月	日			
フリガナ				住所						
保護者氏名										
緊急連絡先	第1連絡先	TEL ()			保護者に連絡がとれなかった時の連絡先		氏名			
	第2連絡先	TEL ()					TEL ()			
	かかりつけ医院	内科	医院名			TEL ()				
		外科	医院名			TEL ()				
	保険証	1、社会保険 2、国民健康保険 3、その他の保険()								
	保険者番号		記号		番号					
家族状況	氏名		続柄	年齢	備考					
	1			歳						
	2			歳						
	3			歳						
	4			歳						
	5			歳						
	6			歳						
	7			歳						
	8			歳						
本人の状況	平 熱 °C									
	既往症	麻しん	歳	心臓病	歳	風しん	歳			
		水痘	歳	ひきつけ	歳	ぜんそく	歳			
		()	歳	()	歳	()	歳			
	予防接種	受けたものは ○ でかこんでください。 ポリオ・BCG・三種混合・麻しん・風しん・日本脳炎・Hib・肺炎球菌 水痘・インフルエンザ・流行性耳下腺炎・その他()								
	出生から現在まで健康上問題になった点									
	アレルギー体質 <small>アレルギーがありましたら、記入してください。</small>	有薬品				その他				
注射										
無食物										
園生活で注意を要すること										
入園前の集団生活経験		1、有(保育所名等)			2、無					

