

# 家庭状況調査票

認定こども園ともいき

幼 児	フリガナ 氏名			生年月日 平成・令和 年 月 日
	愛称			男・女
	現住所	〒 ー 住居……自家・借家(一戸建・アパート) 平屋・二階以上		
	本籍			
家 庭 環 境	続柄	氏名	生年月日	勤務先・在学名
	フリガナ 父			
	フリガナ 母			

緊急連絡先			
氏名・勤務先名	電話	F A X	優先順位
自宅			
父 勤務先			
母 勤務先			
父 携帯			
母 携帯			
実家その他			

幼児の写真を貼ってください	家族写真（お迎えに来る人）の写真を貼ってください
---------------	--------------------------

病歴	平熱	℃		血液型	型					
	保険証	種類	記号		番号					
	かかりつけの医院名	医院名		電話						
		歯科医院名		電話						
	今までに受けた予防接種と時期	インフルエンザ菌b型(ヒブ) ※R6.1月以前生まれの方	①	年	月	日	②	年	月	日
			③	年	月	日	追加	年	月	日
		小児肺炎球菌	①	年	月	日	②	年	月	日
			③	年	月	日	追加	年	月	日
		B型肝炎	①	年	月	日	②	年	月	日
			③	年	月	日				
ロタウイルス		①	年	月	日	②	年	月	日	
		③	年	月	日					
4種混合(DPT-IPV) ※R6.1月以前生まれの方		①	年	月	日	②	年	月	日	
		③	年	月	日	追加	年	月	日	
5種混合(DPT-IPV-Hib) ※R6.2月以降生まれの方	①	年	月	日	②	年	月	日		
	③	年	月	日	追加	年	月	日		
BCG	①	年	月	日						
麻しん・風しん(MR)	①	年	月	日	②	年	月	日		
水痘	①	年	月	日	②	年	月	日		
日本脳炎	①	年	月	日	②	年	月	日		
					追加	年	月	日		
今までにかかった病気と時期	・麻疹(はしか)( 歳) ・風疹( 歳) ・水痘( 歳) ・とびひ( 歳) ・百日咳( 歳) ・肺炎( 歳) ・耳下腺炎(おたふく)( 歳) ・消化不良( 歳) ・溶連菌( 歳) ・中耳炎( 歳) ・手足口病( 歳) ・けいれん(1回目 歳 ・ 2回目 歳 ・ 3回目 歳 ・ 最近 歳) その他( )									
かかりやすい病気	(手当の方法)			今までにしたけが	(その後の経過)					
持病				その他	難聴・弱視・その他特記すべき事項					
生	出生地			生育地			主に育てた人			
	出産状況	分娩	正常・早産又は過期産(妊娠 週)・吸引・帝王切開					第( )子		
		体重	g	身長	cm	胸囲	cm	頭囲	cm	
		発育	良い・普通・不良		その他特記事項					
育	発育状況	首がすわる	( )ヵ月	寝返り	( )ヵ月	お座り	( )ヵ月			
		はいはい	( )ヵ月	つかまり立ち	( )ヵ月	つたい歩き	( )ヵ月			
		独り立ち	( )ヵ月	歩行	( )ヵ月					
		始語	( )ヵ月	生歯	( )ヵ月					
歴	健康状況	3~4か月児健診	受診した・していない			9~10か月児健診	受診した・していない			
		受診結果	良好・その他			受診結果	良好・その他			
		1歳児健診	受診した・していない			1歳6か月児健診	受診した・していない			
	受診結果	良好・その他			受診結果	良好・その他				
	2歳児健診	受診した・していない			3歳児健診	受診した・していない				
	受診結果	良好・その他			受診結果	良好・その他				

子育てや園生活で、気になっていることや不安なことがありましたらお書きください