

【 家庭状況調査票 】

(3歳以上児用)

入園	令和	年	月	日	退園	令和	年	月	日
----	----	---	---	---	----	----	---	---	---

ふりがな		生年月日	平成 令和	男・女
園児名			年 月 日生	

住所	〒 南相馬市		自宅電話	
			携帯電話 ()	

家族構成	続柄	氏名	生年月日	職業及び勤務先	勤務時間 朝：時分～夕：時分	勤務先電話番号 携帯電話番号
		ふりがな 父		・ ・		
	ふりがな 母		・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			

緊急連絡先	①続柄 () 氏名	②続柄 () 氏名	③続柄 () 氏名
	電話番号	電話番号	電話番号
	携帯番号	携帯番号	携帯番号

健康管理	かかりつけ病院名 (内科) (外科) (その他)				
	保険証の種類	保険証番号	児童の血液型	正常時の体温	その他

<入園理由につて>
 1、自宅から近い 2、保護者の就労 3、勤務先が近い 4、その他 ()

通園の状況	通園距離	km	登園・降園時間と送迎者	
	所要時間	分	(登園)	(降園)
	通園方法 1. 保護者と歩いて 2. 自転車で送る 3. 自動車送る		: ~ : 送迎者 ()	: ~ : 送迎者 ()

発育の状況・ 体質・ 保育歴	出生時	分娩	正常 ・ 早産又は過期産（妊娠週） ・ 吸引		第 子	
		体重	g	身長	cm	その他特記事項
		発育	良い ・ 普通 ・ 不良			
	排泄	大便	ひとりのできる ・ できない			・下痢しやすい ・快便 ・便秘になりやすい
			おしりを拭くことができる ・ できない			
		小便	(間隔) 遠い ・ 普通 ・ 近い			
	ひとりのできる ・ できない (男児) 立ってできる ・ 座ってする もらさない ・ もらすことがある ・ もらすことが多い					
	睡眠	寝る時刻 (時頃) 起きる時刻 (時頃)			午睡(昼寝)について	
		一人で寝る ・ 添い寝する (と)			する ・ しない ・ 時々する	
		おねしょをしない ・ する (毎日 ・ 時々)			する時は 時間ぐらい	
ことば	日常生活に必要なことばが (話せる ・ 話せない ・ 幼児音がのこる)					
	ママ、ブーブーなど意味のあることばを話し始めた時期は (歳 カ月頃)					
	2語文(「わんわん ・ きた」「まんま ・ ちょうだい」等)を言いますか(はい ・ いいえ)					
	自分の名前を言いますか(はい ・ いいえ)					
食事	食事量 (よく食べる ・ ぶつう ・ むら有り)			箸の使用について		
	間食 (時間を決めて ・ こどもが欲するとき)			・一人で箸を使って食べる ・スプーン、フォークで食べる ・介助が必要		
	食事に要する時間 (早い ・ ぶつう ・ 遅い)					
	好き嫌い 有 ・ 少し有 ・ 無		好きな食べ物 () 嫌いな食べ物 ()			
食物アレルギー	ない ・ ある (食品名)			◎「ある」の方は、医者の診断書または指示書が必要です		
性格 遊びの傾向	・人見知りが強い ・ 人なつっこい ・ 飽きやすい ・ 我慢する ・ 優しい ・ 気にしやすい ・慎重 ・ 活発 ・ マイペース ・ かんしゃくをおこす ・ 集中力がある ・ その他 ()					
	好きな遊び (屋内)		(屋外)			
保育歴	家庭で主に保育した人 ()					
	集団保育の経験 有 ・ 無	有 (施設名) 期間 歳 カ月 ~ 歳 カ月				
乳幼児健診 予防接種	1歳6か月検診	四種混合		日本脳炎	その他のワクチン	
	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	Hib		水痘		B型肝炎 ()
	3歳児検診	小児肺炎球菌		麻疹・風疹 (MR)	おたふくかぜ ()	
	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	BCG			他 ()	
かかったこと のある病気等	麻疹(はしか) (歳) 風疹 (歳) 水痘 (歳) ジフテリア (歳) 百日咳 (歳) 耳下腺炎(おたふく風邪) (歳) ○熱性けいれん あり (1回目 歳 ・ 2回目 歳 ・ 3回目 歳 ・ 最近 歳) なし ○脱臼したことがある (回) ・ なし ○便秘しやすい (はい ・ いいえ)					
◎平熱 度 ※熱が38度になったら、連絡します						

Katei Joukyou Chousa Hyou
家庭状況調査票 For Certified Children's
 Centers (Ages 3-5)

Entrance Date	Reiwa	Year	Month	Day	Leaving Date	Reiwa	Year	Month	Day
---------------	-------	------	-------	-----	--------------	-------	------	-------	-----

Furigana		Date of Birth	Heisei Reiwa			M
Child's Name			Year	Month	Day	F

Address	〒 南相馬市			Home Phone	
				Cell Phone ()	

Family Composition	Relation	Full Name (furigana on top)	Birthdate	Occupation and Place of Employment	Work hours in Morning and Afternoon	Work Phone # Cellphone #
	Dad		• •			
	Mom		• •			
			• •			
			• •			
			• •			
			• •			
			• •			

Emergency Contact	① Relation () Name	② Relation () Name	③ Relation () Name
	Phone #	Phone #	Phone #
	Cellphone #	Cellphone #	Cellphone #

Health Maintenance	Name of Your Regular Hospital (Internal Med.) (Surgery) (Other)				
	Type of Health Insurance	Health Insurance Number	Child's Blood Type	Normal Body Temperature	Other

<Reasons for Entrance into Facility>
 1、 Close to home 2、 Parent/guardian is employed 3、 Close to work 4、 Other ()

School Commute Route	Commute Distance km	Time of Arrival at/Departure from Children's Center, and Drop-Off/Pick-Up Person	
	Time Required 分	(Arrival Window)	(Departure Window)
	Transportation Method 1. Walk with parent/guardian 2. Delivered via bicycle 3. Delivered via car	: ~ : Drop-Off Person ()	: ~ : Pick-Up Person ()

