

# 家庭状況調査票

年 月 日 記入

幼児	ふりがな		男・女	保護者との続柄		血液型	
	氏名						
	生年月日	年 月 日 生		電話番号			
	住民登録住所	〒 -		緊急連絡先	① 氏名	(続柄: )	
	現住所 <small>(住民登録住所と異なる場合)</small>	〒 -			② 氏名	(続柄: )	
	主に送ってくる人			主に迎えに来る人			
家族の状況	続柄	ふりがな 氏名	生年月日	勤務先(学校)	勤務先電話番号		
	父		年 月 日				
	母		年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
入園前の状況	出産まで	正常 ・ 異常		成熟 ・ 未熟 ( g )			
	発育状況	1歳まで(良好・普通・異常)		1-2歳(良好・普通・異常)		2-3歳(良好・普通・異常)	
		主に育てた人 ( )					
	通園歴	( )園	年 月 ~		年 月 まで		
( )園		年 月 ~		年 月 まで			
体質	普通 ・ 特異体質(滲出性体質・アレルギー体質) ・ その他 ※滲出性体質とは、湿疹・ストロフルス・じん麻疹などのできやすい体質のことです。						
	何に対してのアレルギーですか						
	体質について何かありましたらご記入ください						
医療保険	被保険者名		保険の種類		保険証記号番号		
			国保・社保・共済・その他				
今までにかかった病気の年齢	はしか( )	水痘( )	ひきつけ( )	喘息( )			
	川崎病( )	風疹( )	てんかん( )	( )			
	流行性耳下腺炎( )		その他( )				

発育と健康	食事	食事量	さかん・ふつう・むら		家庭での教育方針
		好き嫌い	ない・少し・多い(嫌いなもの)		
		間食	時間を決めて・子どもが欲するとき		
		食事に要する時間	早い・ふつう・遅い		
	排泄	大便	ひとりでできる・できない		園に対する希望
		小便	遠い・ふつう・近い		
			ひとりでできる・できない		
		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			
		一人で寝る・添い寝する( )と			
おねしょをしない・する(毎日・時々)					
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)				
	その他				
家庭環境	子育てについて両親はよく話し合いますか (よく話し合う・時々話し合う・あまり話し合わない)				
	家族そろって食事をしていますか(朝食だけ・夕食だけ・朝夕食共)				
	両親はお子さんと遊びますか(よく遊ぶ・時々遊ぶ・あまり遊ばない)				
性質	よいと思うところ				
	なおしたいと思うところ				
遊び	主な友達		主な	自宅・近所・公園	
	好きな遊び 室内( ) 屋外( )		遊び場所	その他( )	
その他(入園に際して不安なことがありましたらお書きください。)					
<u>通園の順路</u> <p>自宅から園までの略図を書いてください。 (注) 通園上、危険な場所には赤○印をつけてください。 自宅付近の目標を特にわかりやすく書いてください。</p>					

Katei Joukyou Chousa Hyou  
家庭状況調査票

**NOTE: For reference only.**  
**Please fill in the Japanese form.**

		Todays Date:		Year	Month	Day	
Child's Information	Furigana Full Name	Male Female			Relation to Child		Blood Type
	Birthdate	Heisei	Year	Month	Day	Phone #	
	Address					Emergency Contact	① Name (Relation: )
							TEL
	Evacuation Location					②	Name (Relation: )
TEL							
Person dropping off child		Person picking up child					
Family Environment	Family Status	Rel.	furigana Name	Birthdate	Occupation (School)	Work Phone #	
		Dad					
		Mom					
Status Before Admission	Until Birth	Ordinary <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/>			Full-Term <input type="checkbox"/> Premature (      grams)		
	Health Status	Until 1 Year (Healthy / Average / Abnormal) 1-2 Years (Healthy / Average / Abnormal) 2-3 Years (Healthy / Average / Abnormal)					
		Main Caretaker(s) (      )					
	Academic History	Kindergarten / Preschool From _____Year ____Month to _____Year ____Month					
Kindergarten / Preschool From _____Year ____Month to _____Year ____Month							
Body Condition	Normal / Abnormal (Hypersensitive Skin (Exudative Constitution)※ / Allergies) OTHER						
	※Exudative Constitution is where the outbreaks of conditions such as eczema, red gums, and hives, etc., is frequent.						
	Do they have any allergies?						
Please write here if there are any medical conditions we should be aware of.							
Health Insurance	Insurer/Insurance Name		Type of Insurance		Health Insurance Number		
			National / Social / Mutual Aid / Other				
If your child has had any illnesses until now, please write how old they were.	Measles (      )		Chickenpox (      )		Convulsions (      ) Asthma (      )		
	Kawasaki D. (      )		Rubella (      )		Epilepsy (      )		
	Mumps (      )		Other (      )				

Development and Health	Meals	How much do they eat?	A lot / Average / Inconsistent		Education Policy/Course at Home	
		Do they dislike a lot of foods?	Not at all / A Little / A lot			
		Meal Times	Set meal times / When hungry			
		How quickly do they eat?	Quickly / Average / Slowly			
	Excretions	Poop	Potty Trained / Not Potty Trained		Requests for the School	
		Pee	Uses Toilet: Infrequently / Average Amount / Frequently			
			Potty Trained / Not Potty Trained			
			Doesn't Wet Themselves / Has Wet Themselves / Often Wets Themselves			
	Sleep	Bed Time (Around ) Wakes Up (Around )				
		Sleeps Alone / Sleeps Together (With )				
		Doesn't Wet Bed / Does Wet Bed ( Every Day / Sometimes )				
	Speech	Can your child use speech necessary for daily life?				
( Yes / No / Still Babbles )						
		Other				
Family Environment	Do the parents often talk together about child-rearing? ( Often / Sometimes / Not Often )					
	Does the family eat together? ( Only Breakfast / Only Dinner / Both Breakfast and Dinner )					
	Do the parents play with the child? ( Often / Sometimes / Not Often )					
Disposition	What I think is good:					
	What I want to improve:					
Playtime	Main Friend		Main Play Place	Indoors / Neighborhood / Park / Other ( )		
	Favorite Games Indoors ( ) Outdoors ( )					
Other ( If there are any concerns about admission, please write them here.)						
<u>School Commute Route</u>		Please draw a map of how you will commute to school from your house.  (NOTE) If there are any dangerous locations alongside your route, please circle them in red. Please mark your neighborhood and route in a way that is easy to understand (ex. names of buildings, parks, etc.).				