

家庭に於ける生活状況調査

フリガナ		男・女	住 所	
児 童 氏 名		血液型		
			自宅(TEL)	
保護者 氏 名			父携帯	
			母携帯	
勤 務 先 名 称				電 話 番 号
父				
母				
緊急連絡先(氏名・続柄または勤務先・部署名等)				電 話 番 号
連絡先①				
連絡先②				
連絡先③				

かかりつけの病院		
内科		電話番号
外科		電話番号

生 育 歴	出生児の状況	1. 正常	2. 早産（ ヶ月）	第 子
	出生児の体重	g		出生児の身長 cm
	あやすと笑う	ヶ月		首のすわり ヶ月
	おすわり	ヶ月		ねがえり ヶ月
	はいはい開始	ヶ月		マンマ・ブーブー・など言葉の始まり ヶ月
	離乳開始	ヶ月		離乳完了 ヶ月
	一人歩き	ヶ月		おむつはずし開始 ヶ月

健康診断	1歳6か月児健診	1. うけている 2. うけていない	イ. 異常なし	ロ. 指導あり
	3 歳 児 健 診	1. うけている 2. うけていない	イ. 異常なし	ロ. 指導あり

入所前の状況	排 便	ひとりで	大 便 小 便	できる できる	できない できない
	着 脱	1. ひとりで出来る	2. まだ不十分	3. まったく着られない	
	睡 眠	1. ひとりで寝られる 3. 誰かと一緒に寝る	2. 寝つく時だけ誰かと寝る (時 分に寝る)		
	食 事	右利き 左利き 一人で食べられる よく食べる 好きなもの ()	はし スプーン 少し手伝ってもらう 好ききらいが少しある きらいなもの ()		

＜保育所に伝えたいこと＞

予 防 接 種 の 記 録	種 類	接 種 年 月 日			
	ヒブワクチン	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	肺炎球菌	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	ロ タ	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	B型肝炎	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	四種混合	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	B C G	年 月 日			
	麻しん・風しん (M R)	年 月 日			
	水 痘	年 月 日		年 月 日	
	日本脳炎	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	その他	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	その他	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

※予防接種の記録の記入に代えて、母子手帳の当該ページの写しを添付することも可能です。

今 ま で に か か っ た 病 気	【あてはまるものがあれば、発症した年齢を記入してください】			
	麻疹(はしか)	ヶ月頃	肺炎	ヶ月頃
	水痘(みずぼうそう)	ヶ月頃	気管支炎	ヶ月頃
	風疹(三日ばしか)	ヶ月頃	中耳炎	ヶ月頃
	おたふくかぜ	ヶ月頃	喘息	ヶ月頃
	百日咳	ヶ月頃	ひきつけ・けいれん	ヶ月頃
	突発性発疹	ヶ月頃	回数	回
	川崎病	ヶ月頃	脱臼	ヶ月頃
	心臓疾患	ヶ月頃	脱臼部分 ()
	腎疾患	ヶ月頃	その他	ヶ月頃
現在治療中の病気はありますか		<input type="checkbox"/> あり (服薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> なし		
「あり」と答えた方		病名 () 病院名 () 通院状況 ()		

身 体 的 ・ 体 質 的 特 徴	<input type="checkbox"/> 下痢しやすい	<input type="checkbox"/> 吐きやすい
	<input type="checkbox"/> 便秘しやすい	<input type="checkbox"/> ヘルニア
	<input type="checkbox"/> 関節がはずれやすい	<input type="checkbox"/> アレルギー体質
	<input type="checkbox"/> 喘息 ・ 発作などをおこす	<div><input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎</div> <div><input type="checkbox"/> 薬過敏(薬名:)</div> <div><input type="checkbox"/> 食物()</div> <div><input type="checkbox"/> その他</div>