

家庭調書

入園年月日 年 月 日 (入園児 年齢 歳 か月)

児童名	ふりがな		住所	〒			
	男 女			自宅	携帯		
	平成 年 月 日生		緊急連絡先	氏名		児童との関係	
ふりがな		住所又は勤務先		電話番号			
保護者氏名							
家族環境 同居人等	続柄	氏名	生年月日	年齢	勤務先	電話番号	健康状態
	父						
	母						
住居	自家・借家・アパート・間借・校舎			通園経路略図			
生活及び生活環境	項目	内容					
	主に養育した人						
	主な遊び場所						
	好きな遊び						
	好きな道具						
	特に興味をもつもの						
	家庭での呼び名						
	家庭で特に気をつけている事						
健康保険証	記号	番号	被保険者名		資格取得		
	国保・社保						
	事業所の名称	所在地					
かかりつけの病院	病院名	所在地		病院電話番号			

	出産	第	父	歳	安産	難産()	体重	g			
		母	歳	未熟	早産()	身長	cm				
発育状況	歩き始め	才	ヶ月	母乳	人工乳	混合	薬	医師の処方箋によって常用の薬			
	話し始め	才	ヶ月					使用できない薬の種類			
既往復	・麻疹(はしか)		・その他		風邪をひきやすい						
	・おたふくかぜ				自家中毒になりやすい						
	・風疹(3日はしか)				気管が弱い(喘息)						
	・みずぼうそう				ひきつけ(回 有熱・無熱)						
	・百日せき				皮膚が弱い(アトピー)						
	・細菌性髄膜炎				胃腸が弱い(よく吐く・便秘・下痢)						
	・川崎病				アレルギー(薬)・食品()						
					脱臼しやすい(部位:)						
予防接種	BCG	年 月 日生						年齢	異常の有無	指導内容	
	ポリオ	1回目 年 月 日・2回目 年 月 日						1ヶ月	有・無		
	三種混合 (百日せき、ジフテリア、破傷風)	1回目		2回目		3回目		乳児診断 (ヶ月)	有・無		
		年 月 日		年 月 日		年 月 日					
	四種混合 (百日せき、ジフテリア、破傷風、ポリオ)	1回目		2回目		3回目		乳児診断 (ヶ月)	有・無		
		年 月 日		年 月 日		年 月 日					
	MR混合 (麻疹、風疹)	1回目 年 月 日・2回目 年 月 日						乳児診断 (ヶ月)	有・無		
	日本脳炎	1回目 年 月 日・2回目 年 月 日									
	その他	ヒブワクチン	年 月 日						1歳6ヶ月	有・無	
		おたふくかぜ	年 月 日								
		年 月 日						3歳	有・無		
		年 月 日									
性質	1. 明朗 2. 新設 3. 強情 4. 気が弱い 5. やさしい 6. 泣き虫 7. 無口 8. 乱暴 9. 根気がない 10. おこりっぽい										
食事	1. 早い・おそい 2. 規則・不規則 3. 食べさせて貰う 4. 一人で食べる 5. スプーンで食べる 6. 箸が使える 7. 落ち着いて食べる 8. 食事の量が多い・少ない 9. 好きなもの() 嫌いなもの()										
睡眠	1. 起きる時刻(時頃) 2. 寝る時間(時頃) 3. きげんよく起きる 4. 昼寝している(時頃) 5. 一人で寝る 6. 二人で寝る(誰と) 7. 寝るときの習慣()										
排泄	1. おむつをしている 2. 時々もらす 3. おしえる 4. 手伝えばできる 5. 一人のできる										
着脱	1. 全然出来ない 2. 手伝えばできる 3. 一人のできる										
清潔の習慣	1. いやがらずに顔や手を拭いてもらう 2. おむつの汚れを教える 3. 手洗いをする 4. 一人で鼻をかむ 5. 一人でうがい出来る 6. 一人で歯を磨く										
※上記以外で特に知らせたいこと、健康、発達で気になる事があれば書いてください。 (例: 左きき、偏食、言葉、運動)											