

# 家庭生活調査票



番号 \_\_\_\_\_

◎お子様が安心して通園していただくために、ぜひお聞きしたいことがらですので、さしつかえない範囲で正確にお書きください。(秘密書類として扱います)

(ふりがな)		男・女	生年月日			
園児氏名			平成	年	月	日生
現住所					電話	
(ふりがな)		男・女	園児から みた続柄	生年月日	昭和 平成	年 月 日
保護者氏名						
保護者住所						

緊急時の 保護者連絡先	自宅・勤務先など	電話 携帯	近所の園 児
通園方法	通園バス	徒歩 (約 分)	その他 (約 分)
ご自宅から園までの略図(目標などを記入して、分かりやすくお書きください)			

## ◎家族の状況

家族の氏名	生年月日	性別	続柄	家族の氏名	生年月日	性別	続柄
		男・女	本人			男・女	
		男・女				男・女	
		男・女				男・女	
		男・女				男・女	

園児氏名	
------	--

\*該当するものを○で囲んでください。数字は、算用数字でお書きください。

これまでにかかった主な病気		かかりつけの 病院・診療所	(電話)
他の保育所か幼稚園などに通ったことが	ある(園名: / 年 月から 年 月まで)		
	ない		
どんな遊びが好きですか		だれとよく遊びますか	
お子さまはどんな性質ですか		人見知りをしますか	
言葉を使い始めたのはいつごろですか	歳 月 日	歩き始めたのはいつごろですか	歳 月 日
用便をひとりでできますか	できる できない	衣服の着脱ができますか	ひとりでできる まだよくできない
好きな食べ物は何か		嫌いな食べ物は何か	
お子さんの、どんなところを伸ばしてあげたいですか			
アレルギーなど、特に心配なことがありましたら、お書きください	☆アレルギーについて、該当する箇所○をつけてください。 ①食物アレルギー(あり・なし) ②アナフィラキシー(あり・なし)		
	☆原因食物について該当する食品○をつけてください。 ①鶏卵 ②牛乳・乳製品 ③小麦 ④ソバ ⑤ピーナッツ ⑥甲殻類・エビ・カニ ⑦果物 ⑧魚 ⑨肉類 ⑩その他あれば記述( )		
	☆アナフィラキシー発症の際 どのような症状がありましたか○をつけてください。 ①蕁麻疹などの皮膚症状 ②呼吸困難 ③血圧低下 ④食物依存性運動誘発アナフィラキシーショック ⑤その他症状 ( )		
	☆緊急時に備えた処方薬 ①内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) ②エピペン ③その他 ( )		
【その他の心配がありましたら記入をお願いします。】			
記入者氏名		記入年月日	令和 年 月 日

この書類を、園での保育に役立つ以外の目的に転用することはありません。