



幼児生活調査票

◆各欄に記入または○、☑をしてください。

令和 年 月 日 記入

幼 児	ふりがな 氏名				男 女	生年月日 H・R 年 月 日	入 園 （ 所 ） の 前 の 状 況	主な養育者	父 母 祖父 祖母 その他（ ）			
	現住所	〒 鹿追町			TEL（ ）			受診した健診 相談等	6ヶ月 12ヶ月 18ヶ月 3歳児 3、4ヶ月 24ヶ月 30ヶ月 その他（ ）			
保 護 者	ふりがな 氏名	① 父・母・その他（ ） TEL（ ）		② 父・母・その他（ ） TEL（ ）	③ 父・母・その他（ ） TEL（ ）	S・H 年 月 日	食 及 び 間 食	①朝食・昼食・夕食 <input type="checkbox"/> 必ず食べる <input type="checkbox"/> 時々食べないことがある				
	続柄	年齢	同居・別居	勤務先・在学名等				②【0歳児のみ】牛乳を飲んだことが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
家 庭 環 境	父	母					病 歴	③食べ物の好き嫌い <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> ない				
	家族構成							○好きな食べ物（ ） ○嫌いな食べ物（ ）				
	住 宅	持ち家	アパート・マンション	官公舎・社宅	その他（ ）			④食べるとアレルギー体質で具合が悪くなる食品 ※入園時に詳細確認します （ ）				
	① 幼児の家庭での呼び名								⑤間食 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する（1日 回 <input type="checkbox"/> 時間を決めている <input type="checkbox"/> 決めていない）			
	② 仲良しのお友達								今までに かかった病気			
	③ 家庭でよく一緒に遊ぶ人	兄弟姉妹	同年齢の友達	両親	一人遊びが多い				○水ぼうそう 歳 ○アトピー性皮膚炎 歳 ○流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 歳 ○ひきつけ 歳 ○風しん 歳 ○中耳炎 歳 ○はしか 歳 ○肺炎 歳 ○百日せき 歳 ○虫歯のでき始め 歳 ○その他 歳 （ ）			
④ 好きな遊び							今までにした大きな怪我					
⑤ 好きな絵本やTV番組							よくかかる病気や 今治療中の病気					
⑥ 以前に通っていたこども園、 保育園、サークルなど	(名称)	(期間)	年 月より	年 月まで			常用薬 <input type="checkbox"/> 服用していない <input type="checkbox"/> 服用している(薬名:)					
							予防接種 <input type="checkbox"/> BCG(結核) <input type="checkbox"/> 4種混合(ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ) <input type="checkbox"/> MR(はしか、風しん) <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> その他()					
							睡眠 ①寝る時刻(時頃) <input type="checkbox"/> 1人で <input type="checkbox"/> 母と <input type="checkbox"/> その他() ②起きる時刻(時頃)					
							排泄 ①大便 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 決まっていない <input type="checkbox"/> 紙パンツ使用中 ②小便 <input type="checkbox"/> 近い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遠い <input type="checkbox"/> 布おむつ使用中					