

# 家庭環境調査票 (0・1・2歳児)

0歳児	組
1歳児	組
2歳児	組

ふりがな		性別	男・女	生年月日	. .	
園児氏名						
現住所				電話		
ふりがな		続柄		支給認定		
保護者				3号[ 短・中・標 ]		
家庭構成	ふりがな 氏名	続柄	生年月日	電話	勤務先名等 職業	備考
		父	. .			
		母	. .			
			. .			
			. .			
			. .			
			. .			
			. .			
			. .			
			. .			
家庭の環境	地区の状況	住宅地区・商業地区・工業地区・農業地区・団地				
	住居の状況	自家・借家・アパート・その他〔 〕				
	家庭での育成態度	寛容・きびしい・放任・その他〔 〕				
★ 入園理由		★ 主に通園する方法		登園の道順を赤線で書く		
□ 就労(内勤)		□ 徒歩 □ 自転車				
□ 就労(外勤)		□ 自動車 □ その他				
□ 妊娠・出産		〔 〕				
□ 疾病・障害		◆ 所要時間〔 分〕				
□ 災害復旧		◆ 主に送迎する人				
□ 介護		〔 〕				
□ 求職						
□ 就学 □ その他〔 〕						
こども園に希望すること						

成 育 歴	出産時の状況 安産 ・ 難産 ・ 早産 ( 月 )			第 子	
	出産時の身長	cm	離乳期の病気	オムツが取れた時	月
	出産時の体重	グラム	歯の生え始め	平 熱	℃
	栄 養	母乳・人工・混合	言葉の話始め	血 液 型	型RH( )
	離乳の完成	月	歩 ぎ 始 め	月	

疾 病	病 名	風 疹	水 痘	流行性耳下腺炎			
	発病年月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月

身 体 的 ・ 体 質 的 特 徴	<input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 便秘しやすい <input type="checkbox"/> 関節が外れやすい <input type="checkbox"/> 喘息・発作などを起こす <input type="checkbox"/> ひきつけを起こしたことがある ↳ ( 歳 月 ) <input type="checkbox"/> アレルギー体質 ↳ ( ) <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 熱を出しやすい <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 扁桃腺 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 夜泣き <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> チック <input type="checkbox"/> 左利き <input type="checkbox"/> 乏尿 <input type="checkbox"/> どもり <input type="checkbox"/> 爪噛み <input type="checkbox"/> 夜尿 <input type="checkbox"/> 噛みつき <input type="checkbox"/> よく吐く <input type="checkbox"/> その他 ( )	1. 性格 <input type="checkbox"/> 気が弱い <input type="checkbox"/> 素直 <input type="checkbox"/> 気が強い <input type="checkbox"/> その他 ( ) 2. 家庭ではお子さんを何と呼びますか ( ) 3. どんな遊びが好きですか ( ) 4. 知らぬ人に話しかけられたら話しますか ( ) 5. 家庭では何か責任を持たせていますか ( ) 6. 主として子どもの身の周りの世話をするのは誰ですか ( ) 7. 親の注意を素直に聞くことができますか ( ) 8. 飼っている動物はいますか ( ) 9. 遊び友達はいますか ( )
	家庭で気を付けていること	かかり つけの 医者・ 病院