

# 家庭環境調査票 (保育部)

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	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		
<input type="checkbox"/> 就労(内勤)		<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車				
<input type="checkbox"/> 就労(外勤)		<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他				
<input type="checkbox"/> 妊娠・出産		〔 〕				
<input type="checkbox"/> 疾病・障害		◆所要時間〔 分〕				
<input type="checkbox"/> 災害復旧		◆主に送迎する人				
<input type="checkbox"/> 介護		〔 〕				
<input type="checkbox"/> 求職		〔 〕				
<input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 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 ( ヶ月)			第 子		
	出産時の身長	cm	離乳期の発育	上・中・下	歩き始め	ヶ月
	出産時の体重	グラム	離乳期の病気		オムツが取れた時	ヶ月
	栄 養	母乳・人工・混合	歯の生え始め	ヶ月	平 熱	℃
	離乳の完成	ヶ月	言葉の話始め	ヶ月	血 液 型	型RH( )

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

予 防 接 種	予 防 接 種 名	1 回 目	2 回 目	3 回 目	4 回 目
	ヒ ブ	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
	口 タ	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	B 型 肝 炎	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	4 種 混 合	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	B C G	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	M R	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	みずぼうそう	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	おたふくかぜ	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	日 本 脳 炎	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	

身 体 的 ・ 体 質 的 特 徴	<input type="checkbox"/> 下痢しやすい	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( )
	<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 ヶ月 )	
	<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	2. 家庭ではお子さんを何と呼びますか ( )	
<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( )		
家庭で気を付けていること		かかりつけの 医者・ 病院