

家庭環境調査票（子どもと家庭環境の確認票）

(ふりがな) 幼児氏名	現住所	〒 -
		第1連絡先(自宅) ☎ - - ※電話を設置していない方は、父又は母の携帯電話を御記入下さい。
男・女	緊急時の連絡先	第2連絡先() ☎ - -
		第3連絡先() ☎ - - ※第2・第3は、第1先以外の連絡先(例)父職場・祖父母宅等
令和 年 月 日生		
(ふりがな) 世帯主保護者氏名		

(注) 入園までに住所変更があった場合は必ず御一報下さい

(お子様の健康状態)

※該当があれば○をおつけ下さい。

風邪をひきやすい 扁桃腺炎をおこしやすい 消化不良をおこしやすい
熱が出やすい 腹痛をおこしやすい その他()

※お子様の身体について気になることや配慮を要する事がありましたら御記入下さい。

目： 耳鼻： 腔・歯：
手足： 心臓： その他：

小児喘息 (有・無)
アトピー (有・無)

熱性けいれん (有・無) → のお子様 発生時の月齢(歳 か月)回数()
(症状)

アレルギー (有・無) → のお子様 アレルギー項目()
アレルギー症状時の使用薬(有・無) 薬剤名()
◎症状発生した場合の対応方法()

※かかりつけの病院がありましたら御記入下さい。()

※常時使用している薬(有・無) → のお子様は(薬剤名)

※今までに下記の事で異常をきたしたことはありますか。(有)の方は薬剤名を記入下さい。
注射(有・無：) 薬(有・無：)

※病歴について

・下記伝染病のうち、過去にかかったことがあるものに○印をつけて下さい。
流行性耳下腺炎 ・麻疹 ・風疹 ・水痘 ・百日咳 ・その他()

・定期接種の中で受けられているものに○印をつけて下さい。
4種混合・麻疹・風疹・BCG・日本脳炎・ヒブ・肺炎球菌・その他()

※お子様の健康時の体温 (度 分位)

※起床(時 分頃) 就寝(時 分頃)：平均睡眠時間(時間位)

(生育歴)

妊娠週数： 週 日	分娩の経緯： 普通 ・ その他()
出生時の体重： g	出生時の身長： cm
首すわり(歳 ヶ月)	初語：(歳 ヶ月)
はいはい(歳 ヶ月)	指さし：(歳 ヶ月)
歩き始め(歳 ヶ月)	

(食事について)

※該当のものに○印をつけて下さい 何でも食べる ・ 偏食がある
「偏食がある」と答えられたお子様は苦手な食材や様子について教えて下さい。

※食事にどの位時間をかけていますか？ (分位)

※食事は静かに座って食べられていますか。(はい・いいえ)
「いいえ」と答えられたお子様は食事の様子を簡単に教えて下さい。

※食事はだいたい(家族そろって・母親・父親・兄弟・本児のみ・その他)

※食事について(よく食べる・普通・食が細い)
食べない場合のご家庭での工夫などがあれば教えて下さい。

※牛乳について(飲める・あまり飲めない・飲めない)
飲めない場合のご家庭での工夫などがあれば教えて下さい。

(その他)

※お子様の健康状態は特に詳しく御記入下さい。

発達のうちで気になる事や、入園後配慮が必要な事があればご記入下さい。 ※どのようなことでも、お気軽にご記入下さい。 (例) 身体的な事柄、発達の遅れ等
㊦現在通園している保育所や施設があればご記入下さい。()
ご家庭の状況について、いずれかに○印をつけて下さい 核家族 ・ 祖父母同居 ・ その他の方の同居
お子様の御家庭での愛称がございましたら御記入下さい。()
どんなお子様に育てて欲しいですか？
本園をお知りになったきっかけについて御記入下さい。
卒園児・在園児に兄・姉がいらっしゃいましたら御記入下さい。 (学年・クラス) (氏名)
お住いの小学校校区をご記入下さい。() 小学校) ※小学校校区がお分かりにならない方は空白で結構です。
通園状況について、いずれかに○印をつけて下さい。 スクールバス利用 ・ 徒歩

園記入欄	
	スクールバス利用 有 ・ 無 () コース 乗降場所 ()

*本書類記述につきましては、目的以外には使用致しません。

学校法人木の実学園 木の実幼稚園

担当印	園印
-----	----