

# 児童家庭調査票

記入日① 年 月 ( 歳 か月) ⑤ 年 月 ( 歳 か月)  
 ② 年 月 ( 歳 か月) ⑥ 年 月 ( 歳 か月)  
 ③ 年 月 ( 歳 か月) ⑦ 年 月 ( 歳 か月)  
 ④ 年 月 ( 歳 か月) ⑧ 年 月 ( 歳 か月)

フリガナ 氏 名	(男・女)			入園日	年 月 日
				生年月日	年 月 日
同居家族	氏 名	生年月日	続 柄	保険証 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
				乳幼児医療証 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
				かかりつけ医	
				内科	電話
				外科	電話
				歯科	電話
				現在までの保育歴	
				緊急連絡先①	
				お名前 :	続柄 :
				緊急連絡先②	
			お名前 :	続柄 :	
妊娠・ 出産の状況	妊娠中の異常 なし・あり ( ) 妊娠 週 日で出産 体重 g 身長 cm 胸囲 cm 頭囲 cm 出生時の異常 なし・あり (仮死産・黄疸・その他 )				
乳児期の栄養	母乳栄養・人工栄養・混合栄養 離乳食開始 か月 離乳食完了 歳 か月				
発育の様子	首がすわったのは ( か月ごろ) 寝返りができたのは ( か月ごろ) おすわりができたのは ( か月ごろ) はいはいができたのは ( か月ごろ) つかまり立ちができたのは ( か月ごろ) 歩き始めたのは ( か月ごろ) 歯のはえ始めは ( か月ごろ) 言葉の言い始めは ( か月ごろ)				
現在の 健康状態等	平熱 ( °C) お子様の健康について何か気になることがあれば記入してください。				
今までに かかった 病気/入院歴	今までにかかった重い病気や入院歴があれば年齢など詳細に記載してください。				
けいれんの 既往歴	発作をおこした日 年 月 日 (熱:あり・なし) 発作をおこした日 年 月 日 (熱:あり・なし) 発作をおこした日 年 月 日 (熱:あり・なし) 発作をおこした日 年 月 日 (熱:あり・なし)				
アレルギー	アレルギー なし・あり (食物アレルギー・ぜんそく・アトピー性皮膚炎・花粉症) 食物アレルギー生活管理指導表提出 あり ・ なし ① 年 月 ② 年 月 ③ 年 月 ④ 年 月 ⑤ 年 月 ⑥ 年 月 ⑦ 年 月 ⑧ 年 月 ⑨ 年 月 ⑩ 年 月				

乳幼児健康診査 ※健診をうけたものは☑し受診日、体重・身長、医師の所見などについてご記入ください。

□1か月児健診	受診日	年	月	日	(  か月)	体重	g	身長	cm	指導なし・あり ( )
□4か月児健診	受診日	年	月	日	(  か月)	体重	g	身長	cm	指導なし・あり ( )
□8か月児健診	受診日	年	月	日	(  か月)	体重	g	身長	cm	指導なし・あり ( )
□1歳児健診	受診日	年	月	日	(  か月)	体重	g	身長	cm	指導なし・あり ( )
□1歳6か月児健診	内科：受診日	年	月	日		体重	g	身長	cm	指導なし・あり ( )
	歯科：受診日	年	月	日						指導なし・あり ( )
□2歳6か月児健診	歯科：受診日	年	月	日						指導なし・あり ( )
□3歳6か月児健診	内科：受診日	年	月	日		体重	g	身長	cm	指導なし・あり ( )
	歯科：受診日	年	月	日		体重	g	身長	cm	指導なし・あり ( )

今までに受けた予防接種

ワクチン名	接種日		接種時期のめやす	ワクチン名	接種日		接種時期のめやす
ヒブ	1回目	年 月	生後2か月	ポリオ	1回目(生・不活化)	年 月	
	2回目	年 月			2回目(生・不活化)	年 月	
	3回目	年 月			3回目	年 月	
	4回目(追加)	年 月			4回目(追加)	年 月	
肺炎球菌	1回目	年 月	生後2か月	BCG	年 月		生後5か月
	2回目	年 月		麻疹・風疹混合	1期	年 月	1歳になってすぐ
	3回目	年 月		(MR)	2期	年 月	小学校入学の前年
	4回目(追加)	年 月		おたふくかぜ	1回目	年 月	1歳
□タ ※○を記入	1回目	年 月	生後2か月	みずぼうそう	2回目	年 月	
□タリックス ( )	2回目	年 月			1回目	年 月	1歳
□タテック ( )	3回目	年 月		2回目	年 月		
B型肝炎	1回目	年 月	生後2か月	日本脳炎	1回目	年 月	3歳
	2回目	年 月			2回目	年 月	
	3回目	年 月	1回目から20週後		3回目(追加)	年 月	2回目から1年後
3種混合 (DPT)	1回目(3種・4種)	年 月	生後3か月	その他	接種年月		年齢
4種混合 (DPT-IPV) ※3種か4種に○を記入	2回目(3種・4種)	年 月			年 月		
	3回目(3種・4種)	年 月			年 月		
	4回目(3種・4種)	年 月	3回目から1年後		年 月		
通園経路 ※自宅から園の送迎経路を朱線で記入してください。					年 月		
					年 月		
					年 月		
				今までにかかった感染症	・麻疹	年 月 歳 か月	
				・風疹	年 月 歳 か月		
				・おたふくかぜ	年 月 歳 か月		
				・みずぼうそう	年 月 歳 か月		
				・百日咳	年 月 歳 か月		
				・	年 月 歳 か月		
				・	年 月 歳 か月		