

家庭環境状況表

令和 年 月 日現在

園児	ふりがな		男・女	生年月日	平成	年	月	日生
	名前				令和	年	月	日生
	現住所	〒 海田町			自宅電話			
保護者 (父母)	ふりがな		園児との続柄		園児との続柄			
	名前							
	勤務先							
	所在地							
	電話番号							
家族構成 (同居人も記入)	名前(ふりがな)	園児との続柄	生年月日	勤務先, 学校, 学年				
			昭和 平成 令和	年	月	日生		
			昭和 平成 令和	年	月	日生		
			昭和 平成 令和	年	月	日生		
			昭和 平成 令和	年	月	日生		
			昭和 平成 令和	年	月	日生		
緊急連絡先 優先順位順 ①~⑥	①名前	②名前		③名前				
	園児との続柄 ()	園児との続柄 ()		園児との続柄 ()				
	TEL	TEL		TEL				
	自宅・携帯・勤務先 ()	自宅・携帯・勤務先 ()		自宅・携帯・勤務先 ()				
	④名前	⑤名前		⑥名前				
	園児との続柄 ()	園児との続柄 ()		園児との続柄 ()				
TEL	TEL		TEL					
自宅・携帯・勤務先 ()	自宅・携帯・勤務先 ()		自宅・携帯・勤務先 ()					
健康保険	種類 該当に○を してください	健康保険 国民健康保険 共済組合 その他 ()						
	資格取得年月日			事業所名称				
	記号			保険者名				
	番号			保険者番号				
公費負担医療 制度の状況	種類 該当に○を してください	乳児医療 ひとり親医療 生活保護 その他 ()						
	公費負担番号			受給者番号				
かかりつけ 医療機関	診療科目	医療機関名	市区町村	電話番号				
	小児科							
通園状態	自宅から保育園までの距離	km						
	通園方法(該当に○をしてください)	徒歩	自転車	自家用車	その他 ()			
	通園時間	分						
	登園時間	時	分頃	降園時間	時	分頃		
	付添者の名前				付添者の名前			
	園児との続柄				園児との続柄			

生育状況表

令和 年 月 日現在

生育歴 いずれかに ○	妊娠	正常	妊娠高血圧症候群	骨盤位	その他 ()				
	分娩	正常 在胎期間 ()	難産	鉗子分娩 か月又は	帝王切開 週)	その他 ()			
	出生	正常 体重 ()	仮死	臍帯巻絡 身長 ()	黄疸	保育器使用 (日間) 頭部 ()			
発育歴	首のすわり () か月) 笑いはじめ () か月) 寝返り () か月) 発 歯 () か月) 這いはじめ () か月) お座り () か月) 歩 行 () か月) 発 語 (マンマ・ワンワンなど) () か月)								
予 防 接 種	ロタ ウィル ス	1価	1回目 年月日	2回目 年月日	3回目 年月日	4回目 年月日	既 往 症	既往症	年月
		5価		麻しん (はしか)	.
	ヒブワクチン	..	..	..	..	風しん		.
	肺炎球菌	..	..	..	..	水痘 (みずぼうそう)		.
	BCG	..	..	..	..	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		.
	B型肝炎	..	..	..	..	百日咳		.
	四種混合	..	..	..	..	突発性発疹		.
	麻しん風しん	..	..	..	..	川崎病		.
	水痘 (みずぼうそう)	..	..	..	..	脱臼 部位 ()		1回目 . 2回目 .
	日本脳炎	..	..	..	..	熱性けいれん () °C)		1回目 . 2回目 .
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	..	..	..	..
	定 期 健 診	3~4か月児健診 (平成・令和 年 月)		該 当 に ○ を し て く だ さ い				アトピー性皮膚炎	
指導事項 ()		気管支喘息							
1歳6か月児健診 (平成・令和 年 月)		心臓病 ()							
指導事項 ()		先天性疾患							
3児健診 (平成・令和 年 月)						食物アレルギー えび かに くるみ 小麦 そば 卵 乳 ピーナッツ その他 ()			
指導事項 ()						その他のアレルギー ()			
当園入 園まで の 利用施 設等	施設名		期 間				薬疹		
			年 月 日 ~ 年 月 日				その他 ()		
			年 月 日 ~ 年 月 日				備 考		
			年 月 日 ~ 年 月 日						