

令和 年度

家庭調査票

住所		保護者氏名		緊急時連絡先	自宅・勤務先(父・母)・携帯(父・母) ()	
家族及び同居者	ふりがな 氏名	続柄	性別及び生年月日	職業	備考	
		入所児童本人	男・女 年 月 日			
		父	男・女 年 月 日			
		母	男・女 年 月 日			
			男・女 年 月 日			
			男・女 年 月 日			
			男・女 年 月 日			
			男・女 年 月 日			
	就労状況		父		母	
就労先名等						
所在地						
電話番号						
携帯電話番号						
就労時間		平日	～	平日	～	
		土曜日	～	土曜日	～	
定休日	定休() 不定()		定休() 不定()			
通勤に要する時間・手段	時間 分 利用するものに○↓ 車・自転車・徒歩・バイク・電車・バス		時間 分 利用するものに○↓ 車・自転車・徒歩・バイク・電車・バス			
登所・退所時間	登所: 時 分頃 / 退所: 時 分頃 / 土曜日迎え: 時 分頃					
主に送り迎えする人	父・母・他(児童との関係:)					
上記以外の連絡先	ふりがな 氏名:	児童との関係:	電話:			
緊急時(災害時)に迎えを頼める人 (例: 近所の方等)	ふりがな 氏名:	児童との関係:	電話:			
かかりつけの病院	病院名:		電話			

出産時の状況	第 子 在胎週数: 週 日 体重: g 身長: cm							
哺 乳	母乳 (ヶ月まで)	ミルク	混合	離乳の状態	開始	月齢	完成	月齢
食 事	・よく食べる ・少食 偏食 ・有 ・無 ・苦手な食べ物() ・好きな食べ物()							
入所する前、主に保育していた人	父 母 祖父 祖母 個人集団() その他()							
次の項目は、何ヶ月頃にできましたか	・首がすわったとき (ヶ月) ・はいはい (ヶ月) ・つかまりだち (ヶ月) ・あやすと声をだす (ヶ月) ・二語文 (ヶ月) ・ねがえり (ヶ月) ・ひとりでおすわり (ヶ月) ・歩き始めたとき (ヶ月) ・ことばのはじまり (ヶ月)							
予防接種 (接種済みのものには ✓を入れてください。)	ヒブ	1回	小児 肺炎球菌	1回	4種混合 百日せき ジフテリア 破傷風 不活化ポリオ	1回	水痘 (水ぼうそ う)	1回
		2回		2回		2回		
		3回		3回		3回		
		追加		追加		追加		
	B型肝炎	1回	BCG		日本脳炎	1回	ロタウイルス	1回
		2回	麻しん風しん	1期		2回		おたふくかぜ
3回		2期		追加		その他		
今までにかかった 病気などはありますか	・麻しん(はしか)(歳 ヶ月) ・水痘(水ぼうそう)(歳 ヶ月) ・おたふくかぜ(歳 ヶ月) ・中耳炎(歳 ヶ月) ・ひきつけ(歳 ヶ月) ・ヘルニア(歳 ヶ月) ・小児喘息(歳 ヶ月) ・脱臼(脱臼した部分 歳 ヶ月)							
児 童 の 健 康 状 況	今までにかかった重い病気はありますか? ある ・ ない							
	病名:							
	現在、病気や発達等のことで相談している病院等がありますか? ある ・ ない							
	病名等: 医療機関名:							
	交付されている手帳はありますか? ある ・ ない							
	身体障害者手帳(級) 療育手帳(A B C)							
	アレルギーはありますか? ある ・ ない							
	アレルギー症状の出るものを書いてください。							
集団給食において除去食の必要はありますか? ある ・ ない								
除去する食物とその量を書いてください。(調味料・調理器具の共有不可等)								
普段の生活で気になることはありますか?(例:言葉の発達に不安に思うことがある など)								
家庭の事情、その他担任に連絡しておきたいことなどがありましたらご記入ください。								