

幼児生活調査票

学校法人 吉井学園
吉井中央幼稚園

	ふりがな	ふりがな	園児との 続柄
	幼 児 名	保護者名	
氏 名			
生年月日	年 月 日生	男・女	血液型 ()
現住所	〒 -	自宅電話	()

通園方法	<input type="checkbox"/> 通園バスを利用する	<input type="checkbox"/> 通園バスは利用しない
緊急時の連絡先 (勤務先・携帯番号など)		
かかりつけの病院	医院名	電話
幼稚園又は保育園へ通った事がありますか？	<input type="checkbox"/> ない	幼稚園 年 月
	<input type="checkbox"/> ある	保育園 年 月

住所略図	(1) 徒歩者は園までの道順 (2) 目標や道しるべになるものは特に詳しく描いてください
------	---

園児氏名	
------	--

(ふりがな) 家族氏名	生年月日	性別	園児から見た続柄	備考（勤務先など）
(1)	年 月 日			
(2)	年 月 日			
(3)	年 月 日			
(4)	年 月 日			
(5)	年 月 日			
(6)	年 月 日			
(7)	年 月 日			

※現在の健康（生活）面についてお尋ね致します。

出産の状況	普通 難産 手術分娩（ ）
歩き始めた時期	満 歳 ヶ月頃
健康状態	元気 病気になりやすい（それは、 ）
左利きですか？	左利き 左利きだが右も使う 左利きでない
耳の異常	ない ある（ ）
目の異常	ない ある（ ）
言語障害	ない 少しどもる その他（ ）
排尿	自立している おむつ使用 寝る時だけおむつ使用
便の状態	良い 下痢をしやすい 便秘がち
食べ物アレルギー	ない ある（それは、 ）
食べ物以外のアレルギー	ない ある（それは、 ）
嫌いな食べ物	
これまでにかかった重い病気	特になし ある（それは、 ）
これまでを受けた大きなけが	特になし ある（それは、 ）
育てるのに特に注意したこと	特になし ある（それは、 ）