

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 又は 携帯番号	

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 (カッコ内は誰の番号か記入)	①()TEL		
	②()TEL		
主治医	内科・小児科 TEL	外科 TEL	
	歯科 TEL	その他かかりつけ TEL	
幼稚園又は保育園へ通った事がありますか？		<input type="checkbox"/> ない	
		<input type="checkbox"/> ある	幼稚園 保育園 年 ヶ月

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	勤務先又は備考
(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 ()	出生時の体重 g	
歩き始めた時期	満 歳 ヶ月頃	きき手	右 左 まだ不明
健康状態	元気 病気になりやすい (それは、)		
耳の異常	ない 特記 ()	目の異常	ない 特記 ()
ことば	特に問題ない 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 オムツに排便		
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、)		
苦手な食べ物			
平 熱	℃	熱性けいれん	ない ある (°C 才 ヶ月頃)
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、)		
お家での呼び名			
定期健診等で発達や健康状態で 医師や保健師さんより指導を受け たことがありますか	ない ある ()		
その他園へ伝えておきたいこと(あればご記入ください)			