

園児調査票

令和 年 月 日 (記入日) (組)

ふりがな					性別					
園児名					男 ・ 女					
生年月日 (年齢)	平成・令和	年	月	日生	(歳	ヶ月)				
保護者名	(続柄)									
住所 (電話)	〒				(Tel)					
(緊急連絡先名および電話番号)					※3か所をご記入ください					
	電話番号			氏名、続柄、会社名など						
(第一)										
(第二)										
(第三)										
(保険証) ①または②を選択 ① 社会保険 (組合健保・協会けんぽ・共済組合) 事業所名称 _____ 記号 番号 保険者番号 (8桁の数字) _____ ② 国民健康保険 保険者名 _____ 記号 番号 保険者番号 (6桁の数字) _____										
家族構成	氏名	続柄	年齢	勤務先・学校など	勤務時間					
					平日	時	分	～	時	分
					土曜日	時	分	～	時	分
					平日	時	分	～	時	分
					土曜日	時	分	～	時	分
					平日	時	分	～	時	分
					土曜日	時	分	～	時	分
					平日	時	分	～	時	分
					土曜日	時	分	～	時	分
					平日	時	分	～	時	分
					土曜日	時	分	～	時	分
					平日	時	分	～	時	分
					土曜日	時	分	～	時	分
	自宅付近の地図									

裏面にもご記入ください

生育暦

【出産の状態】 第< >子 ※該当するものに○印をお付けください。 ・ 正常 ・ 早産（在胎期間 週） ・ 未熟（在胎期間 週） ・ 特記事項（帝王切開その他 ）												
【出生時の体重】 (グラム)	【血液型 (ABO式)】 (型)											
【最近受けた乳幼児健診の結果はどうでしたか。】 (歳 か月検診) 良好 ・ 指摘あり ・ 「指摘あり」の場合、内容を記入してください <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>												
【アレルギー、アトピー等がありますか】 ・ ある ・ ない ・ 「ある」場合は、内容、症状等を記入してください <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>												
【入園（園生活）にあたり健康上・発達上気になることがありますか】 ・ ある ・ ない ・ 「ある」場合は、内容を記入してください <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>												
【既往症】 ・ 麻疹 (歳) ・ おたふく風邪 (歳) ・ 水痘 (歳) ・ 風疹 (歳) ・ 熱けいれん (歳) ・ 百日咳 (歳) ・ ぜんそく (歳) ・ ひきつけ (歳) ・ 心臓疾患 (歳) ・ 中耳炎 (歳) ・ ジフテリア (歳) ・ 関節の亜脱臼 (歳) ・ その他 (歳) ・ 入院や大きなけが ()												
【予防接種の状況】 接種済み(回数)に○を記入して下さい												
<table border="1"><tr><td>・ヒブ (未・1回・2回・3回・4回)</td><td rowspan="2">・ 四種混合(DPT-IPV)ジフテリア, 百日せき, 破傷風, ポリオ (未・1回・2回・3回・4回)</td></tr><tr><td>・小児用肺炎球菌 (未・1回・2回・3回・4回)</td></tr><tr><td>・BCG (未・済)</td><td>・ 水痘 (未・1回・2回)</td></tr><tr><td>・MR (はしか, 風疹) (未・1期・2期)</td><td>・ おたふくかぜ(任意)(未・1回・2回)</td></tr><tr><td>・日本脳炎 (未・1回・2回・3回)</td><td>・ ロタウイルス(未・1回・2回・3回)</td></tr><tr><td>・B型肝炎 (未・1回・2回・3回)</td><td>・ その他</td></tr></table>	・ヒブ (未・1回・2回・3回・4回)	・ 四種混合(DPT-IPV)ジフテリア, 百日せき, 破傷風, ポリオ (未・1回・2回・3回・4回)	・小児用肺炎球菌 (未・1回・2回・3回・4回)	・BCG (未・済)	・ 水痘 (未・1回・2回)	・MR (はしか, 風疹) (未・1期・2期)	・ おたふくかぜ(任意)(未・1回・2回)	・日本脳炎 (未・1回・2回・3回)	・ ロタウイルス(未・1回・2回・3回)	・B型肝炎 (未・1回・2回・3回)	・ その他	
・ヒブ (未・1回・2回・3回・4回)	・ 四種混合(DPT-IPV)ジフテリア, 百日せき, 破傷風, ポリオ (未・1回・2回・3回・4回)											
・小児用肺炎球菌 (未・1回・2回・3回・4回)												
・BCG (未・済)	・ 水痘 (未・1回・2回)											
・MR (はしか, 風疹) (未・1期・2期)	・ おたふくかぜ(任意)(未・1回・2回)											
・日本脳炎 (未・1回・2回・3回)	・ ロタウイルス(未・1回・2回・3回)											
・B型肝炎 (未・1回・2回・3回)	・ その他											
・ 内科 (小児科) 主治医 病院名 住所	・ 外科 主治医 病院名 住所											