㊙ 幼 児 生 活 調 査 票

□ 令和　9 年度 4月1日現在（　）歳児
□ 令和 10 年度 4月1日現在（　）歳児
□ 令和 11 年度 4月1日現在（　）歳児

※ この調査は毎日の保育に役立てるものです。ボールペンで該当に○印、（　　）には必要事項をご記入ください。
戸籍どおり、正しい住所、姓名の漢字に注意してご記入ください。変更がある場合は赤字の見え消しでご記入ください。

園児

ふりがな 氏　名	男 女	保護者との 続柄 （　　）	令和　　年　　月　　日生 （西暦　　年）
現住所	〒 住民票住所が上記と異なる場合： （　　）		
健康保険	名称 記号		

緊急連絡先

	続柄	氏名(ふりがな)	連絡先	電話番号
1			自宅・ 携帯・職場	
2			自宅・ 携帯・職場	
3			自宅・ 携帯・職場	

保育歴

（　　）幼・保へ　令和　　年　　月 ～ 令和　　年　　月
（　　）幼・保へ　令和　　年　　月 ～ 令和　　年　　月

血液型	平熱		幼稚園でけがや病気をした時に連れて行ってほしい医療機関	
型	令和　9 年度　歳児　.　℃ 令和 10 年度　歳児　.　℃ 令和 11 年度　歳児　.　℃			・内科（　　） ・外科（　　） ・歯科（　　）

生育歴

出生の状況		乳幼児期の状況			
出産	・正常 ・異常（　　） ・早産（　　か月）	首のすわり	か月	おすわり	か月
		歩行開始	歳　か月	排泄の自立	歳　か月
		発語（わんわん，まんま等の言葉を2~3つ言う）	歳　か月	発育状況	健康 ・ 普通 ・ 病弱

家族及び同居人（本人以外）

ふりがな 氏　名	生年月日	続柄	勤務先・在校名（学年）	勤務先電話番号
	S・H・R			
	S・H・R			
	S・H・R			
	S・H・R			
	S・H・R			
	S・H・R			
	S・H・R			

単身赴任等特別な事情のある方は記入してください

氏名

健診	3歳児健診	受診して異常なし ・受診していない（理由　　）受診予定（　年　月） 受診をして気がかりなことや指導を受けた内容 （　　）
予防接種	ヒブ（インフルエンザ菌b型）	（1回目）　年　月　（2回目）　年　月　（3回目）　年　月　追加　年　月
	小児用肺炎球菌	（1回目）　年　月　（2回目）　年　月　（3回目）　年　月　追加　年　月
	BCG	年　月
	4種混合	（1回目）　年　月　（2回目）　年　月　（3回目）　年　月　追加　年　月
	麻しん・風しん（MR）	（第1期）　年　月　（第2期）　年　月
	ロタウイルス	（1回目）　年　月　（2回目）　年　月　（3回目）　年　月
	日本脳炎	（1回目）　年　月　（2回目）　年　月　追加　年　月
	B 型肝炎	（1回目）　年　月　（2回目）　年　月　（3回目）　年　月
	水痘	（1回目）　年　月　（2回目）　年　月
	その他 （任意接種を記載）	（　年　月）（　年　月）（　年　月）（　年　月） （　年　月）（　年　月）（　年　月）（　年　月）
アレルギー疾患	有・無	＜原因＞ ・食べ物（具体的に：生卵・牛乳等）（　） ・動物（具体的に：　）・紫外線 ・花粉 ・その他（　） ＜症状＞ ・鼻炎・結膜炎・しっしん・咳など 具体的に記入（　） ＜薬の服用＞・無　・有（薬名：　）
既往歴		百日咳（　歳）・麻疹（　歳）・風疹（　歳）・水痘（　歳）・B 型肝炎（　歳） 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）（　歳）・心臓疾患・腎臓疾患・結核・破傷風・ポリオ・ジフテリア 川崎病・その他（　）
かかりやすい病気 （症状）		・下痢・頭痛・腹痛・便秘・扁桃腺炎・喘息・鼻血・中耳炎（右・左）・嘔吐・肺炎・乗り物酔い ・ひきつけ・熱性けいれん（発熱時　．　℃）（　年　月頃）（　年　月頃）（　年　月頃） ・脱臼しやすい（部所　）・皮膚が弱い（具体的に：草、虫等　） ・その他（　）
心身・その他で 気をつけてほしいこと		・ない ・ある　〔　〕
ききてはどちらですか	・左利き　・右利き　・両方使う	家から幼稚園までの距離（　km） 通園時間：徒歩片道　（　分）
家庭教育方針と幼稚園への希望		

住宅地図

1 自宅周辺の道路や建物・目標物を詳しく書いてください。（住宅地図添付可）
2 近所に幼稚園児または小学校低学年に在籍している児童の家があれば記入してください。
3 通園路に赤線を入れて、危険な場所に〇印を付けてください。

N