

㊞ 家庭生活調査票

幼児	ふりがな			男・女	最近のお子様の写真をお貼りください。
	氏名				
	生年月日	令和 年 月 日生（満 歳）			
保護者	現住所				
	ふりがな				
	氏名	幼児との関係（ ）			
	勤務先	電話（ ）			
順番	緊急連絡先（連絡して欲しい人）		続柄	電話番号	
1	ふりがな			携帯 職場	
2	ふりがな			携帯 職場	
3	ふりがな			携帯 職場	
家族構成（本人含む）	続柄	ふりがな 氏 名	生年月日	年齢	職業（勤務先）学校名・学年・組
～通園の略図～ 1. 家庭訪問ができるように、わかりやすくご記入下さい。 2. 通園上危ないと思われる場所には、印をつけて下さい。					

氏名		
アレルギー疾患等	食物アレルギー	食品名（ ） 薬品名（ ） アナフィラキシーショックを起こしたことがあるか ある ・ ない
	皮膚疾患・その他疾患等	【アトピー性皮膚炎】 あり ・ なし 【てんかん発作】 あり ・ なし 【喘息発作】 あり ・ なし 【熱性けいれん】 あり ・ なし それに伴う症状 { }
	かかりつけ医	
生活の状況	聞き手	右利き 左利き 両利き 左利きを右利きになおした
	食事の様子	好き（ ） 苦手（ ） 食事の様子で気になる事（ ）
	好きな遊び	
	排泄の自立	自立している ・ 排便の際仕上げが必要 ・ オムツ
	家庭で見た性質 (よい点)	
	家庭では どんな子どもに 育てたいか	
保育歴		集団保育の経験（ ある ・ ない ） 幼稚園 ・ 保育園 （園名_____ 歳～ 歳まで）
障害の有無		障害（ ある ・ ない ） 【療育手帳】有 ・ 無 （ A1・A2・B1・B2 ） 診断名（ 医療機関名（ 【身体障害者手帳】 等級： 級 診断名（ 医療機関名（ 【特別児童扶養手当】 等級： 級 診断名（ 【施設への通園】 施設名（ ） 週 回 または 月 回
園に対する要望		