

# 家庭環境調査表①

きらり保育園

## ①家庭環境について

園児名	(フリガナ)	愛称	男 ・ 女	生 年 月 日			
				平成	年	月	日生
住所	〒			自宅TEL ( ) 携帯番号 ( ) ( )			
家族構成	名 前	続 柄	生 年 月 日	勤務先 ・ 学校等			
			S・H . .				
			S・H . .				
			S・H . .				
			S・H . .				
			S・H . .				

## ②勤務先について

続柄 ( )	勤務先名：	勤務先TEL：
	所在地：	
	勤務時間：(平日) 時 分～ 時 分 (土曜日) 時 分～ 時 分	
	休日：月・火・水・木・金・土・日・不定・その他 ( )	
続柄 ( )	勤務先名：	勤務先TEL：
	所在地：	
	勤務時間：(平日) 時 分～ 時 分 (土曜日) 時 分～ 時 分	
	休日：月・火・水・木・金・土・日・不定・その他 ( )	

## ③緊急連絡先

	氏 名	続 柄	連絡先TEL
第1連絡先			
第2連絡先			
第3連絡先			

## ④送迎について

主な送迎者	父 ・ 母 ・ その他 (続柄： 氏名 )		
送迎にかかる時間	( 自宅 ) から園まで ( ) 分		交通手段 ( )
	( 父 勤務先 ) から園まで ( ) 分		交通手段 ( )
	( 母 勤務先 ) から園まで ( ) 分		交通手段 ( )
	( その他 ) から園まで ( ) 分		交通手段 ( )

※記載内容に変更があった場合は必ず担任までお知らせください。



組 歳 氏名 ( )

### 家庭環境調査表③

きらり保育園

◎生育歴（母子手帳を参考に記入してください）

	名称	年・月・日				
予防接種の状況 (定期・任意)	肺炎球菌					
	ヒブ					
	四種混合					
	BCG					
	ロタ					
	B型肝炎					
	MR(麻疹風疹混合)					
	水痘					
	おたふくかぜ					
	日本脳炎					
	三種混合					
	不活化ポリオ					
生ポリオ						
既往歴	麻疹(はしか)	才	才	喘息	才	才
	水痘(水ぼうそう)	才	才	花粉症	才	才
	おたふくかぜ	才	才	その他( )	才	才
	風疹(三日はしか)	才	才	その他( )	才	才
	伝染性紅斑(りんご病)	才	才	その他( )	才	才
	インフルエンザ	才	才	その他( )	才	才