

家庭環境調査表①

つくばきらり保育園

①家庭環境について

氏名	(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・R . .				
			S・H・R . .				
			S・H・R . .				
			S・H・R . .				
			S・H・R . .				

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。

家庭環境調査表③

つくばきりり保育園

氏名 _____

生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◎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	肺炎球菌（法定）					
	ヒブ（定法）					
	四種混合（法定）					
	BCG（法定）					
	ロタ（任意）					
	B型肝炎（法定）					
	MR(麻疹風疹混合)（法定）					
	水痘（法定）					
	おたふくかぜ（任意）					
	日本脳炎（法定）					
	三種混合（法定）					
	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

* 法定接種（定期）は国で、定められている義務接種ですので必ず受けて下さい。