

年度

家庭調査票

ふりがな	生年月日		保護者名 <small>ふりがな</small>	続柄
園児名	年 月 日			
住所	(通園時間 分)		電話:	
血液型	平熱			
緊急連絡先 (保護者以外)	氏名 (続柄):		電話:	
保 護 者 関 係	父親の状況		母親の状況	
	氏名		氏名	
	携帯番号		携帯番号	
	勤務先		勤務先	
	職場名		職場名	
	職業		職業	
	住所		住所	
	電話		電話	
	勤務時間	平日 時～時 土曜日 時～時	勤務時間	平日 時～時 土曜日 時～時
	休日		休日	
通勤関係		通勤関係		
保育園～職場 利用交通機関	時間 分	保育園～職場 利用交通機関	時間 分	
同居家族 (年齢順本人を含む)				
続柄	氏名	年齢	職業/学校・学年	その他
父				
母				
登園について		降園について		
時間:	送迎者名(続柄): ()	時間:	送迎者名(続柄): ()	
健康調査 (大きな病気ひきつけ・痙攣等)				
・特になし ()	・B型肝炎 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回			
・病名 ()	・四種混合/DT <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回			
・いつ頃 ()	・小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回			
・状態 ()	・ヒブ <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回			
・薬について ()	・日本脳炎 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回			
・かかりつけの病院 ()	・MR <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回			
	・ <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> その他()			

家庭調査票

ふりがな	〇〇〇〇 〇〇〇〇〇		生年月日	保護者名 ふりがな	続柄	
園児名	記入例		〇〇年〇月〇日	〇〇 〇〇〇	父	
住所			沖縄県沖縄市〇-〇〇 〇〇アパート (通園時間 12分)	電話: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
血液型	A型	平熱	36.5°C			
緊急連絡先 (保護者以外)	氏名 (続柄): 〇〇 〇〇〇		祖母	電話: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
保護者関係	父親の状況			母親の状況		
	氏名	〇〇 〇〇〇		氏名	〇〇 〇〇	
	携帯番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		携帯番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	勤務先			勤務先		
	職場名	〇〇〇〇会社(〇〇部)		職場名	〇〇〇〇会社	
	職業	会社員		職業	事務員	
	住所	沖縄県沖縄市〇-〇〇		住所	沖縄県沖縄市〇-〇〇	
	電話	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		電話	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	勤務時間	平日 9時~18時 土曜日 9時~18時			勤務時間	平日 8時~17時 土曜日 8時~17時
	休日	日曜・祝日		休日	シフト制のため不定期	
通勤関係			通勤関係			
保育園~職場	時間 45分		保育園~職場	時間 30分		
利用交通機関	自家用車		利用交通機関	バス		
同居家族 (年齢順本人を含む)						
続柄	氏名	年齢	職業/学校・学年	その他		
父	〇〇 〇〇〇	35才	会社員			
母	〇〇 〇〇	32才	事務員			
祖母	〇〇 〇〇	55才	パート			
姉	〇〇 〇〇〇	8才	小学生			
登園について			降園について			
時間: 8:00 送迎者名(続柄): 〇〇 〇〇〇 (父)			時間: 17:30 送迎者名(続柄): 〇〇 〇〇 (母)			
健康調査 (大きな病気ひきつけ・痙攣等)						
・特になし ()		・B型肝炎	<input checked="" type="checkbox"/> 1回	<input checked="" type="checkbox"/> 2回	<input checked="" type="checkbox"/> 3回	
・病名 ()		・四種混合/DT	<input checked="" type="checkbox"/> 1回	<input checked="" type="checkbox"/> 2回	<input checked="" type="checkbox"/> 3回	
・いつ頃 ()		・小児用肺炎球菌	<input checked="" type="checkbox"/> 1回	<input checked="" type="checkbox"/> 2回	<input checked="" type="checkbox"/> 3回	
・状態 ()		・ヒブ	<input checked="" type="checkbox"/> 1回	<input checked="" type="checkbox"/> 2回	<input checked="" type="checkbox"/> 3回	
・薬について ()		・日本脳炎	<input checked="" type="checkbox"/> 1回	<input checked="" type="checkbox"/> 2回	<input checked="" type="checkbox"/> 3回	
・かかりつけの病院 (〇〇〇院)		・MR	<input checked="" type="checkbox"/> 1回	<input checked="" type="checkbox"/> 2回		
		・ <input checked="" type="checkbox"/> BCG	・ <input checked="" type="checkbox"/> 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> その他 ()		

最後まで入力完了したら、各自印刷してください。
 全項目文字切れ等が無いチェックしてください。
 (文字数の問題で切れてしまう場合、文字の大きさを変更しても構いません)