

生 育 歴

第 子	出生時体重	g	分娩	安産	難産	吸引	手術	早産(月)							
栄 養	授 乳	母乳 牛乳 粉乳 混合	・ 時間をきめた 時間をきめない												
	離 乳	離乳開始(月)	離乳完了(歳 月)												
	食 事	食 事 量	多い 少ない 普通 むら食い												
		偏食の有無	有・無 好きなもの() 嫌いなもの()												
食 事 時 間		朝食(午前 時 分頃)			夕食(午後 時 分頃)										
睡 眠	午後 時 分から 午前 時 分まで (平均 時間) 添い寝している人()														
既 往 症	麻しん (歳)	水 痘 (歳)	そ の 他 の 病 気	(病名 :) 病状、通院状況等 : (薬の服用: 有・無)											
	風しん (歳)	耳下腺炎 (歳)													
	百日咳 (歳)	突発性発疹 (歳)													
	肺 炎 (歳)	(歳)													
予 防 接 種 状 況	B C G	接 種	未接種	麻しん・風しん		第1期		第2期							
	日本脳炎	第1期	第2期	Hibワクチン		1回	2回	3回 追加							
	小児肺炎球菌	1回	2回	3回	追加	/									
	四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)			1回	2回	3回	4回	追加							
特 記 事 項 (重 要)	※1 アレルギーで食べられない物がある場合、病院等から指導された事項や持病等がある場合は必ず記入して下さい。 ※2 特記事項がある場合、各種検診の結果(母子手帳の写し等)を添付して下さい。(例:1歳児半・3歳児検診など)														
入 園 時 健 康 診 査 (記 入 不 要)	体格	大 中 小	頭	初生歯 生後 月											
	栄養	良 可 不可	胸腹												
	脊柱	正 湾曲	皮膚	歯	上	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5
	眼		四肢		下	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5
	耳		リンパ腺												
	口腔	扁桃腺肥大	1		2	3	アデノイド								
	所 見				所 見										
	年 月 日	医師名				年 月 日	医師名								

ふりがな 園児名		男・女	生年月日	年	入園	年 月 日	
				月 日生		退園	年 月 日
住所	平田村大字			電話番号 (自宅)			
世 帯 構 成 員	続柄	氏名 (フリガナ)	生年月日	勤務先または学校名等	電話番号		
緊急 連絡 先	【第1緊急連絡先】						
	氏名	電話番号				携帯電話	
	【第2緊急連絡先】						
氏名	電話番号				携帯電話		
	【第3緊急連絡先】						
氏名	電話番号				携帯電話		
入園理由							

※ 太枠の中のみ記入してください。

個人情報の取り扱い： 本書類に記載された個人情報は、保育に係わる業務の範囲内で用い、他の目的には一切使用しません。