

# 清水町立こども園 児童生活調査票

入園施設	<input type="checkbox"/> しみず認定こども園 <input type="checkbox"/> 御影こども園																	
子ども	ふりがな :	性別 : <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生年月日 : 令和 年 月 日 平熱 : ℃ 血液型 : 型 (RH+・-)																
	氏名 :																	
保護者	ふりがな :	ふりがな :																
	氏名 :	氏名 :																
	続柄 : <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 他 ( )	続柄 : <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 他 ( )																
	勤務先名称 :	勤務先名称 :																
勤務先電話 :	勤務先電話 :																	
緊急連絡先	① 氏名 : 続柄 : 電話 : - - -																	
	② 氏名 : 続柄 : 電話 : - - -																	
	③ 氏名 : 続柄 : 電話 : - - -																	
定期予防接種	<input type="checkbox"/> BCG (結核) <input type="checkbox"/> 4種混合 (ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ) <input type="checkbox"/> MR (はしか、風しん) <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> その他	健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> よくかかる病気 ( ) <input type="checkbox"/> 見え方の心配 無・( ) <input type="checkbox"/> 聞こえ方の心配 無・( ) <input type="checkbox"/> その他															
			医療状況	今までの主な病気や怪我 歳 か月 ( ) 歳 か月 ( ) 歳 か月 ( )														
		起床・昼寝・食事・遊び・就寝等を書いてください ①平日 0:00 3:00 6:00 9:00 12:00 15:00 18:00 21:00 24:00 <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																
	②休日 0:00 3:00 6:00 9:00 12:00 15:00 18:00 21:00 24:00 <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																	
休日によく出かける場所																		
好きな食べ物 (食事、おやつ、飲み物など)					苦手な食べ物 (食事、おやつ、飲み物など)													
好きなこと (あそびなど)					苦手なこと (あそびなど)													
アレルギー (食べ物・動物ほか)																		
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (この欄に具体的に記載してください)																		

保育や教育で配慮してほしいこと

健康面や育ちのことなどで配慮してほしいこと

その他