

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									
	氏名：	生年月日：令和 年 月 日									
保護者	氏名：	平熱：℃									
	続柄： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 他（ ） 勤務先名称： 勤務先電話：- -	血液型：型（RH+・-） 氏名： 続柄： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 他（ ） 勤務先名称： 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、百日せき、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（ ）									
生活 リズム	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" style="width:100%; height:40px;"> <tr> <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" style="width:100%; height:40px;"> <tr> <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