

☆生活アンケート☆ (3歳児以上) 選択肢 (*印) のものは該当欄に○をつけてください。

園児氏名	第 子			生年 月 日	平成 年 月 日	保護者名			
家での名前呼び方・愛称						平 熱	℃		
送迎者	氏 名	続柄	同・別居の有無		氏 名	続柄	同・別居の有無		
			同居・別居				同居・別居		
			同居・別居				同居・別居		
〔緊急連絡先〕保護者不在時の連絡先 ※できるだけ榎原市内でお願いします。									
氏 名				電 話 番 号					
住 所				園までの所要時間					
本園入園前 の集団生活 経 験	立	園	平成	年	月	～	年	月	(年 月 日 在園)
	立	園	平成	年	月	～	年	月	(年 月 日 在園)
出生時状況	出生時体重	g		出生時身長	cm				
	出産状況*	正期産 ・ 早産 月 ・ 未熟児 ・ その他()							
検 診	3～4 月 検診 *	受診 ・ 未受診		結果等備考欄					
	10 月 検診 *	受診 ・ 未受診							
	1年～1年6 月 検診 *	受診 ・ 未受診							
	3年～3年6 月 検診 *	受診 ・ 未受診							
発 育 状 況	首がすわった時期	ヶ月	座りはじめた時期	ヶ月	発 語 時 期	ヶ月	歯が生え始めた時期	ヶ月	
	這い始めた時期	ヶ月	つかまり立ち	ヶ月	寝返りをした時期	ヶ月	人見知り開始時期	ヶ月	
	歩行開始時期	ヶ月							
今までに かかった 病気	麻疹 (はしか)	歳 月	おたふくかぜ	歳 月	手足口病	歳 月	百日咳	歳 月	
	気管支炎	歳 月	小児ぜんそく	歳 月	水ぼうそう	歳 月	肺 炎	歳 月	
	熱性けいれん	歳 月	風 疹	歳 月	りんご病	歳 月	突 発 性 発 疹	歳 月	
予 防 接 種	ツベルクリン(歳)、 ポリオ(歳)、 四種混合(歳)、		B C G (歳)、 麻疹・風疹(歳)、 ヒ ブ(歳)、		三種混合 (歳)、 水 痘 (歳)、 肺炎球菌 (歳)		他の予防接種		
かかりやすい病気			これまでにかかった大きい病気・けが			持病・アレルギーなど			
かかりつけの医院		内科	整形外科		他				

1. 家庭での様子	主にお子様と関わっている方	ご家庭でお子様と関わる時間	家族の方が関わる時間をご記入ください
	遊び方		
	友だち関係		
	くせ・習慣		
特徴			

食 事	離乳食開始時期	ヶ月	食事時間	(朝) 時頃 (昼) 時頃 (夜) 時頃	
	食べている内容(ペースト状・きざんでいるなど形・大きさ)を具体的に記入してください				
	食事の状態	ペースト状	きざみ		cm大
		内容			
		食べ方*	スプーン・フォーク・お箸・その他		
		アレルギー*	あり・無	アレルギー源	具体的に
	間食	時間	午前 時頃 / 午後 時頃 / その他:		
嗜好	好きな物				
	嫌いな物				

午睡	午睡時間	約 時間	午睡開始時間	概ね	午睡終了時間	概ね
----	------	------	--------	----	--------	----

排泄 <small>選択肢(○をはずさない)</small>	時間	時間おき	排尿回数	～ 回	排便回数	回
	尿意*	知らせる・知らせない	便意	知らせる・知らせない		
	排尿*	一人で行ける	付き添い必要	後始末ができる	後始末に援助が必要	
	排便*	一人で行ける	付き添い必要	後始末ができる	後始末に援助が必要	

1. ことば	現在どんな言葉を発しますか？	現在どんな動きに興味がありますか？
		運動

園生活における心配事、保育士・園に対する希望又はご意見などがございましたら、ご記入ください。

心身発育、その他のことがあればご記入ください。

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日 保護者氏名

