児　童　生　活　調　査　表　［継続入所者用］

お子様の保育上ぜひ知っておかなければならないことを記入していただきますので、
正確に書いてください。（秘密書類として取り扱います。）　　No.　1

（ふりがな） 児童氏名	男 女	生年月日	年　月　日生		
現住所	稚内市　　丁目　　番 電話　　－				
保護者氏名	男 女	続柄		生年月日	年　月　日
緊急連絡方法	○ 自宅に訪問　○ 自宅に電話 ○ 会社に電話　○ 携帯に電話	緊急連絡先	［ 自宅 ・ 会社 ・ 携帯 ］ 電話　　－		
健康保険	保険名　記号番号	かかりつけの病院			
受託期間	平日　時　分～　時　分 土曜日　時　分～　時　分	送迎者			

家族同居人氏名	続柄	生年月日	勤務先学校名	勤務先住所・電話番号	勤務時間
	父	・　・			平　：　～　： 土　：　～　：
	母	・　・			平　：　～　： 土　：　～　：
		・　・			平　：　～　： 土　：　～　：
		・　・			平　：　～　： 土　：　～　：
		・　・			平　：　～　： 土　：　～　：
		・　・			平　：　～　： 土　：　～　：
		・　・			平　：　～　： 土　：　～　：

自宅・保育所間の見取り図　（目標など詳しく記入して下さい）

※継続児童の場合は、住所変更のあった人のみ記入して下さい（昨年提出以降）

保育所に対する希望

児　童　生　活　調　査　表　［継続入所者用］

No. 2

健康の状況	よくかかる病気	扁桃腺・かぜ・自家中毒・その他（　　）				
	いままでのけが	なし・あり（　　）				
	目のようす	異常なし・弱視・近視・結膜炎・その他（　　）				
	耳のようす	異常なし・耳疾患の既往（　　）				
	よくかかる病気	扁桃腺・かぜ・自家中毒・その他（　　）				
	いままでのけが	なし・あり（　　）				
	目のようす	異常なし・弱視・近視・結膜炎・その他（　　）				
	耳のようす	異常なし・耳疾患の既往（　　）				
	既往症	突発性発疹	なし・あり			
		はしか	才　ヶ月			
		みずぼうそう	才　ヶ月			
		風しん	才　ヶ月			
		おたふく	才　ヶ月			
		自家中毒	才　ヶ月			
	予防接種	ヒブ	1回目　才　ヶ月	2回目　才　ヶ月	3回目　才　ヶ月	4回目　才　ヶ月
		小児肺炎球菌	1回目　才　ヶ月	2回目　才　ヶ月	3回目　才　ヶ月	4回目　才　ヶ月
		B型肝炎	1回目　ヶ月	2回目　ヶ月	3回目　ヶ月	
		4種混合	1回目　才　ヶ月	2回目　才　ヶ月	3回目　才　ヶ月	4回目　才　ヶ月
		BCG	ヶ月			
		麻しん・風しん	1回目　才　ヶ月	2回目　才　ヶ月		
		みずぼうそう	1回目　才　ヶ月	2回目　才　ヶ月		
		日本脳炎	1回目　才　ヶ月	2回目　才　ヶ月	3回目　才　ヶ月	

その他特記すること