

家庭調査票

クラス	2歳児 たんぽぽ組		プルダウンできます		記入日	令和 5年 2月 23 日						
飯能市立	山手	保育所	(記入は4月1日時点の状況を記載してください)									
ふりがな	はんのう はなこ		家での呼名		ふりがな	はんのう たろう		児童との続柄	父	住所	飯能市〇〇町××番地	
児童名	飯能 花子		はなちゃん	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	〇.〇.〇 生	保護者名	飯能 太郎			☎	自宅	042-972-0000
										携帯	090-0000-0000	
入所理由	両親が仕事をしているため											
家族及び同居者	氏名	続柄	生年月日	健康状態	職業 (学生は学年)	勤務先名 (学生は学校名)	所在地 (学校の場合は記入なし)	電話 (学校の場合は記入なし)	きょうだいが 学童保育所利用は 学童保育所名			
	飯能 太郎	父	S55 . 〇 . 〇〇	良好	会社員	〇〇〇〇会社	△△市〇〇町××番地	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
	幸子	母	.	良好	会社員	〇〇〇〇会社	△△市〇〇町××番地	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
	次郎	兄	.	良好	小学生	△△△小学校2年			〇〇〇学童クラブ			
	やえ	祖母	.	良好	パート	〇〇スーパー	△△市〇〇町××番地	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
									チェックをしてください			
健康		平熱	36.5 °C	血液型	A 型		生育歴					
定期	予防接種	定期	予防接種	特にかかりやすい病気			時出生	胎在期間	妊娠 第 39 週	早産(月)	過期産(週)	
Hib	初回	1回 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	日本脳炎	1期	1回 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (内容) 花粉症 中耳炎	体重	2800 g	身長	46 cm	保育器使用	
	追加	2回 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		2期	2回 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (日)					
小児肺炎球菌	1回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	B型肝炎	1期追加	3回 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		生活					
	2回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		1回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		偏食	最も好きなもの		最も苦手なもの		
四種混合 (ジフテリア 百日咳 破傷風 ポリオ)	1回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	水痘	1回追加	2回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	食事		食事の量		食事にかかる時間	
	2回	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			2回	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 少 <input checked="" type="checkbox"/> ふつう		30分くらい		
麻疹(はしか) 風疹	1期	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	BCG	任意	3回	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	持っている病気		食物アレルギー		<input type="checkbox"/> 有 (<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
	2期	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			3回	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜だけ その他()		おむつの使用 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 遠い <input type="checkbox"/> 近い 1日 1回くらい		
健康状況	直近で受けた健康診査	1歳 6か月健診	その際の指導	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		排泄	大便 1日 1回 8時頃 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 仕上り吹きは必要 <input checked="" type="checkbox"/> できない		屋寝	<input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 時々する 時間 2時間 30分くらい		
	ひきつけ(熱性けいれん等)を起こしたこと	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		歳 月 日の時		性格	活発、好奇心旺盛		家であそぶ人 母 兄 父			
	脱臼(肘などがぬける)をしたこと	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		2歳 0月 日の時		特に気にかかるくせ等 <input checked="" type="checkbox"/> 有 [寝るときに指しゃぶりをする] <input type="checkbox"/> 無						
	医師からの生活上の制限や配慮の指示	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		内容()								
	健康面や病歴・発達等、特に連絡しておきたいこと	内容(肌が荒れ気味で塗り薬が必要。言葉がはっきりしていないと思われる心配)										