【かかりつけの病院】

	医療機関名	連絡先
小児科		
歯　科		
皮膚科		

	医療機関名	連絡先
耳鼻科		
整形外科		
その他		

【アレルギーについて】　各アレルギーの有無を記入してください。

食物アレルギー　有　無

種類（　　）

※別途、添付書類提出があります　冊子Ｐ10

ぜんそく	有	無
アトピー性皮膚炎	有	無
薬物アレルギー	有	無
じんましん	有	無

【けいれん・てんかん】　有　・　無　←　有無を記入してください。

発症時期	診断名	受診医療機関	発症した時の様子・医師の指示
＜例＞　Ｒ２年４月頃（1歳3ヶ月）	熱性けいれん	△△病院	38℃の発熱で発症。救急車で搬送。
年　月頃（　歳　ヶ月）			
年　月頃（　歳　ヶ月）			
年　月頃（　歳　ヶ月）			

※別途、添付書類提出があります　冊子Ｐ12

【今までにかかった病気】　有　・　無　←　有無を記入してください。

発症時期	診断名	受診医療機関	現在の状態、医師の指示
年　月頃（　歳　ヶ月）			
年　月頃（　歳　ヶ月）			
年　月頃（　歳　ヶ月）			
年　月頃（　歳　ヶ月）			

【今までにした大きなケガ、その他】有　・　無　←　有無を記入してください。

発症時期	診断名	受診医療機関	現在の状態、医師の指示
年　月頃（　歳　ヶ月）			
年　月頃（　歳　ヶ月）			

【乳幼児健診などで助言を受けていることや気になることがございましたらご記入ください。】

全園児提出

家庭連絡調査票

【基本情報】　　記入日　令和　　年　　月　　日

園児氏名（ふりがな）	男・女	生年月日	H・R　年　月　日	血液型	
現住所	〒				

【家族の状況】

氏　名	続柄	生年月日	勤務先名(部署名) 又は学校名など
		S・H・R　年　月　日	(　　)
		S・H・R　年　月　日	(　　)
		S・H・R　年　月　日	(　　)
		S・H・R　年　月　日	(　　)
		S・H・R　年　月　日	(　　)
		S・H・R　年　月　日	(　　)
		S・H・R　年　月　日	(　　)

【緊急時の連絡先】

緊急連絡先①	氏名（ふりがな）		続柄		電話番号	携帯・勤務先・自宅　→　○で囲む （内線番号　　）
緊急連絡先②	氏名（ふりがな）		続柄		電話番号	携帯・勤務先・自宅　→　○で囲む （内線番号　　）
緊急連絡先③	氏名（ふりがな）		続柄		電話番号	携帯・勤務先・自宅　→　○で囲む （内線番号　　）
緊急連絡先④	氏名（ふりがな）		続柄		電話番号	携帯・勤務先・自宅　→　○で囲む （内線番号　　）

【保険証番号】

種　類	記　号	番　号	保険者番号
国保・社保・その他 （　　）			

【乳幼児受給者証番号】

受給者番号	

【かかりつけの病院】

	病院名	連絡先
小児科		
歯　科		
科		
科		

【主な既往歴】

病　　名	時　期
	H・R　　年　　月頃
	H・R　　年　　月頃
	H・R　　年　　月頃
	H・R　　年　　月頃
	H・R　　年　　月頃
	H・R　　年　　月頃

【アレルギーについて】

ぜんそく	ある　　ない
アトピー性皮膚炎	ある　　ない
薬物アレルギー	ある　　ない
じんましん	ある　　ない
食物アレルギー	ある　　ない 種類（　　）
その他	

【ひきつけ・けいれん】

発症時期	対処法
H・R　　年　　月頃	
H・R　　年　　月頃	
H・R　　年　　月頃	

【お子さまの生活リズム】

	時　間　帯
起　床	時　　分頃
朝　食	時　　分から　　時　　分まで
登　園	時　　分頃
昼　食	時　　分から　　時　　分まで
昼　寝	時　　分から　　時　　分まで
おやつ	時　　分から　　時　　分まで
降　園	時　　分頃
夕　食	時　　分から　　時　　分まで
就　寝	時　　分頃

【他に連絡事項等あれば記入してください】