乳幼児生活調査票

園児氏名	

保険証情報	保険種別	協会けんぽ・組合健保・共済組合・船員保険・国民健康保険			
	保険記号		保険番号	被保険者氏名	
掛かり付け医者		病院名　　医者名		TEL	（　　）
通学園	園名			TEL	（　　）
	クラス名			担任名	

入園前の状況／（継続）　年　月現在の状況	出産・乳児期	出生	母　　歳　／第　　子	授乳	母乳・人口栄養・混合栄養
		出産	安産・難産・早産など（体重　　）	離乳	開始時期（　　ヶ月）　特に困ったこと
		首のすわり	ヶ月	歩きはじめ	
		おむつをやめた時期	歳　　ヶ月	主に養育した人	母　　祖母　その他（　　）
		その他特記事項			

生活の状況	食事			排便		睡眠	
	授　乳	回	cc	大便	回　　時	寝付き	良い・悪い
		注意点：				癖	
	食事量	多・普・少・気まぐれ		生活習慣（食事）		寝起き	良い・悪い
		注意点：		朝食	：　～　：　頃	入眠時間	：　頃
		嫌いな物：		昼食	：　～　：　頃	起床時間	：　頃
	間　食	回	時	夕食	：　～　：　頃	午睡時間	：　～　：　頃
	清潔　手洗い・洗顔	できる・できない		歯みがき	できる・できない	衣服	自分でできる・手伝いが必要
	会話	家族とだけ話す・知っている人と話す・誰とでも話す・その他（　　）					
	利き手	右利き・左利き・両利き・左利きを右利きになおした・左利きを右利きになおしたい					
	遊び	好きな遊び・遊び相手					
		親が配慮している点					

健康	熱がでやすい	YES・NO	風邪をひきやすい	YES・NO	下痢をしやすい	YES・NO
	鼻血が出やすい	YES・NO	ぜんそくがある	YES・NO	蕁麻疹がでる	YES・NO
	*アレルギーがある	YES・NO　（　　）				
	平熱	度	薬物アレルギーがある	YES・NO	ひきつけの経験がある	YES・NO
	*アレルギーのある方は、診断書等のコピーを添付してご提出下さい。					

既往歴（既にかかった病気）・接種済みの予防接種の項目に　○　をつけて下さい。

既往歴	麻疹・風疹・水痘・百日咳・耳下腺炎・中耳炎・肺炎・ひきつけ・尿路感染
	その他（　　）
予防接種	MRワクチン・四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）・BCG・日本脳炎・ヒブノワクチン 肺炎球菌・おたふくかぜ・水痘
	その他（　　）

その他気になることがありましたら書いてください。（持病など）

利用登録書

記入日:　　年　　月　　日
入園日:　　年　　月　　日

フリガナ		生年月日(西暦)	フリガナ		生年月日(西暦)
申込者		・　・　生(　)才	配偶者		・　・　生(　)才
現住所	〒　－		自宅TEL	( )	
母携帯	( )	父携帯	( )	メールアドレス	@

園児名		フリガナ		男・女	愛称		生年月日	・　・　生(　)才	血液型		RH		
園児名		フリガナ		男・女	愛称		生年月日	・　・　生(　)才	血液型		RH		

その他家族	氏名		男・女	続柄		・　・　生(　)才	氏名		男・女	続柄		・　・　生(　)才	
	氏名		男・女	続柄		・　・　生(　)才	氏名		男・女	続柄		・　・　生(　)才	

勤務先母	会社名	(部署名　)	TEL	( )
		住所 〒　－	内線	
勤務先父	会社名	(部署名　)	TEL	( )
		住所 〒　－	内線	

家庭からのご希望・注意する点・不安な点

【個人情報について】
当園では、本登録書によって知り得た申込者の一切の情報について「個人情報の保護に関する法律」及び関係法令等を遵守し、個人情報の保護に努めます。この守秘義務は契約終了後も同様とします。個人情報を取り扱う全ての者が個人情報の性格と重要性を十分認識し、その適正な取扱いを図ります。
当園では、監督官庁及びそれが定める監査などへの各種届出、法律に定めるところの必要書類作成、各種募集等、情報主体の利益享受及び権利の行使に必要と認められた正当な目的の使用以外は、保護者の同意を得ないで第三者に個人情報を提供することはありません。

上記の個人情報取り扱いに関する同意事項について同意しました。

【入園案内　重要事項説明書】
保育園の利用にあたり、入園案内・重要事項説明書の説明受け、内容に同意しました。

年　　月　　日　　本人署名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※入園時は4ヶ月以内の健康診断書(母子手帳の健康診断のページをコピーでも可)を提出してください。

担当	入園許可印	
	保育園	クライアント