

令和5年度 児童環境調査票兼緊急連絡カード (秘)

令和5年4月1日現在

施設保管

ふりがな		男・女	生年月日		平成・令和		
本児氏名			年齢 (R5.4.1時点)	歳	血液型	型 Rh +・-	
住所	垂井町		かかりつけ医院	【内科】		TEL	
	自治会名 (自治会)			【外科】		TEL	
手帳	身体障害者手帳 (有・無)		自宅TEL				
	療育手帳 (有・無)		携帯TEL	父			
	精神障害者保健福祉手帳 (有・無)			母			

家族構成及び緊急連絡順位

家族構成	続柄	ふりがな氏名	生年月日	年齢	勤務先・学校・園名	電 話	緊急連絡順位
本児以外の同居家族			・	・		携帯 勤務先等	
			・	・		携帯 勤務先等	
			・	・		携帯 勤務先等	
			・	・		携帯 勤務先等	
			・	・		携帯 勤務先等	
			・	・		携帯 勤務先等	
同居家族以外			・	・		携帯 勤務先等	
			・	・		携帯 勤務先等	

裏面もご記入ください。

本児の健康状況と生活状況について記入してください。

健康 状況	生育歴	(該当するものすべてを○で囲んでください。その他の場合は具体的に記入してください。)		
		出産 正・その他 ( )	出生体重 g	出生身長 cm
		栄養 ( 母乳 粉乳 混合 )	離乳 (生後 年 か月)	首すわり (生後 か月)
		歩きはじめ (生後 か月)	ことばのはじめ (例) マンマ・ブーブー (生後 か月)	
		体質 普通・虚弱・その他 ( )	主として育てた人 ( )	
アレルギーの有無	アレルギーはありますか? ( 有 無 )	耳の機能	正常 その他 ( )	
	有と答えた方のみ、該当するものすべてを○で囲んでください。	目の機能	正常 その他 (近視・遠視)	
	食物【卵 牛乳 小麦粉 大豆 その他 ( )】	鼻の機能	正常 その他 ( )	
	花粉 ハウスダスト ダニ その他 ( )	かかりやすい病気	ない ある ( )	
	エピペン所持 ( 有 無 ) アナフィラキシー ( 有 無 )	蜂に刺された経験	あり ( 回) なし	
既往歴	(該当するものすべてを○で囲んでください。その他の場合は具体的に記入してください。)			
	はしか 風疹 流行性耳下腺炎 水ぼうそう 喘息 てんかん 脱臼 (部位 ) 肺炎 川崎病			
	心臓病 (症状 ) その他 ( )			
	ひきつけ 熱けいれん ( 有 無 ) 有と答えた方のみ記入して下さい。 ____才頃 ____回			
生活 状況	食べ物の好き嫌いは? ない ある ( )			
	おむつやパンツについて 紙パンツ (昼・夜) 布パンツ (昼・夜)			
	トイレに一人でいけますか? (和式・洋式・おまる) いける (大 小) いけない (大 小) 間隔が近い: どの位の間隔で ( )			
	ことばで気になることは? ない ある ( )			
	就寝時間 夜 時頃 起床時間 朝 時頃 睡眠時間 約 時間			
	これまでの就園状況 (施設名 ) / 在園期間 年 か月			

子育てについて心がけてきたこと。教育方針。

お子さんの健康状態、生活面で特に注意してほしいこと。園への要望。

通園路。分かりやすい目印を書いてください。

↑ 北