

令和8年度 環境調査票兼緊急連絡カード



令和8年4月1日現在

一時的保育室保管

ふりがな		男・女	生年月日	令和 . . .		
本児氏名			年齢 (R8.4.1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。一時的保育室への要望。