

児 童 生 活 調 査 票

アレルギーはありますか？ ない ・ ある () 症状や対処方法など：	
その他の病気、またはかかりやすい病気はありますか？ ない ・ ある 病名： 症状や対処方法など：	
かかりつけの病院 病院名： 病院名：	TEL () - () - () TEL () - () - ()
お子様の長所： 短所：	
好きな遊び：	
特記事項：	

家 族 状 況

氏 名	続柄	年齢	学校名・勤務先名(4月予定)	学校・勤務先電話番号

* 迎えに来る方について

- ◎ 迎えに来る方 (父 ・ 母 ・ その他 ())
- ◎ 通 勤 手 段 ()
- ◎ 通 勤 所 要 時 間 ()
- ◎ 勤 務 時 間 (時 分 ~ 時 分 まで) ◎ 迎 え の 時 間 (時 分)