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
病気名：
症状や対処方法など：
かかりつけの病院
病院名：　　TEL（　　）-（　　）-（　　）
病院名：　　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）