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：　　小児科　　TEL（　　）－（　　）－（　　） 病院名：　　病院　　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（　　）分
◎勤務時間　　（　　時　　分 ～　　時　　分まで ）
◎迎えの時間　（　　時　　分）ごろ