

幼保連携型認定こども園のびる幼稚園

令和 年度 入園願書

受付日 年 月 日

幼稚園部 【 満3歳児 3年児（年少） 2年児（年中） 1年児（年長） 】

入園児氏名 ※ 男・女					
ふりがな			生年月日		
氏名			年 月 日		
本籍 都道府県					
現住所欄 〒 () - () 電話					
ふりがな					
連絡先（現住所と違う場合のみ記入してください） 電話					
〒 () - ()					
保護者欄					
ふりがな			ふりがな		
父 氏名			母 氏名		
年齢			年齢		
職業			職業		
携帯電話番号			携帯電話番号		
同居家族氏名	入園児との関係	年齢	同居家族氏名	入園児との関係	年齢
登園方法について 1.徒歩・自転車 2.幼稚園バスを利用 3.車で登園					
重い病気に罹ったことがありますか？ ない ある					
病名 { } 治癒した 治療中					
ひきつけを起こした事がありますか？ ない ある（最初 歳 カ月）					
持病はありますか ない ある（病名 ）					
のびる幼稚園の在園生・卒園生がいたら記入してください。					
本人が「 組 の弟・妹」「 年卒園 の弟・妹」					
父が 年卒園児 母が 年卒園児					
備考欄					
住所略図					

入園希望児童調査表

児童名	(生年月日)
年 月 日	

記入日 令和 年 月 日

※太字には当てはまるものに○をつけて下さい

健	今まで病気で入院したり、大きな怪我をしたことがありますか？ ある ・ ない
康	病名・怪我の内容 ()
状	現在の治療状況 ()
態	持病や体質で気になることはありますか？ ある ・ ない
に	「ある」場合 ()
つ	医師からの指導内容 ()
い	けいれんやひきつけを起こしたことがありますか？ ある ・ ない
て	「ある」場合(回数 回・ 歳 ヶ月頃～ 歳 ヶ月頃)
	直近で受けた健康診断についてお書き下さい。 歳 ヶ月健診
	健診で受けた指導 ()
	食べ物のアレルギーはありますか？ ある ・ ない
	「ある」場合(品目 ()
	程度：例 完全除去が必要・アナフィラキシー症状を起こしたことがある・エピペンを処方されている等 ()
	医師からの指導内容 ()
	食べ物以外のアレルギーはありますか？ ある ・ ない
	「ある」場合(原因 ()
	医師からの指導内容 ()
薬	現在継続して服用している薬はありますか？ ある ・ ない
	「ある」場合(1日 回/ 朝・昼・夕)(服用目的 ()
食	食べる時何を使って食べていますか？ 手づかみ ・ スプーン ・ フォーク ・ 箸
事	食べ物の好き嫌い あり ・ なし
	苦手な食べ物 ()
	食事の量 多い ・ 普通 ・ 少ない ・ ムラがある
排	すべてできる ・ 介助があればできる
泄	自分ではできないが知らせる ・ 夜や外出時のみおむつ ・ おむつが必要
睡	夜寝る時間は？ (時 分頃) 朝起きる時間は？ (時 分頃)
眠	現在お昼寝をしていますか？ している ・ していない
	している場合 (時 分頃から 時 分頃)
言	言葉の状況？ 喃語程度 単語程度 二語文程度 会話のやり取りができる 心配がある
葉	いつ頃から二語文程度ですか？ (歳 ヶ月頃)
	心配がある場合(内容 ()
歩	歩き始めはいつですか？ 歳 ヶ月頃
行	歩行に気になる様子はありますか？ ある ・ ない
	「ある」場合 ()
健	健康診断時に指導・事後フォロー等がありましたか？
診	特になし ・ 受けていない ・ たんぽぽ教室に通っている
	指導あり (内容 ()

	健康上または発達上、気になることがありましたら記入して下さい。 () 保育するにあたり、配慮が必要なことがありましたら記入して下さい。 ()
	習い事に行っていますか？ 行っている ・行っていない 言っている場合(習い事名) ()
あ そ び	お家で誰と遊んでいますか？ (普段一緒に遊んでいる人) () 好きな遊びは？ ()
予 防 接 種	接種しているものには、○で囲んで下さい。 <定期接種> BCG 四種混合 MR(麻しん・風疹混合) <任意接種> B型肝炎 ロタウイルス 小児用肺炎球菌 水疱 おたふくかぜ インフルエンザ