

入 園 願 書

以下の者、貴園へ入園を希望しますのでよろしくお願ひ申し上げます。

年 月 日

ふりがな
保護者氏名 (世帯主)

| | | | | | | |
|--------|-------------|---|---|------|--|---|
| 幼 児 | ふりがな 氏 名 | | | | 写真貼付 ・3か月以内 ・上半身 ・スナップ可 ・縦4cm×横3cm | |
| | 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | | 日 |
| | 現住所 | 〒 | | 小学校区 | | |
| | 電話番号 | 自宅 () — 携帯 () — | | | | |
| | 保育歴 | 無 ・ 有 年 月 ～ 年 月 () 年 月 ～ 年 月 () 年 月 ～ 年 月 () | | | | |

幼 児 生 活 調 査 書

園での教育上のみに使用し、園児、保護者の権利利益が侵害されないよう厳重に管理します。

| | | | | | | |
|---|--|-------|---|----------------|--|----------|
| 家 族 ・ 同 居 人 | 氏 名 | 続柄 | 生年月日 (西暦) | 同居 又は 別居 | 勤務先・学校など | 電話番号 |
| | | 父 | | | | |
| | | 母 | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 通園方法 | 車 ・ 徒歩 ・ () 約 分 | 主な送迎者 | 登園 | 降園 | 平熱 ℃ | 血液型 型 |
| か か り つ け の 医 師 | 小児科 | ☎ | — | — | | |
| | 歯 科 | ☎ | — | — | | |
| | 耳鼻科 | ☎ | — | — | | |
| 幼 児 の 健 康 に つ い て | 既 往 症 | | 定期健康診断※受けたもの全てに○ | | 予防接種※接種したもの全てに○ | |
| | ・麻しん 歳 ・風しん 歳 ・水痘 歳 ・流行性耳下腺炎 歳 ・百日咳 歳 ・中耳炎 歳 ・肺炎 歳 ・ヘルニア 歳 ・熱性けいれん 歳 (°C 回) ・その他 () | | () 1歳6カ月検診 指導 有 ・ 無 () | | () ヒブ () 肺炎球菌 () ロタ () B型肝炎 () BCG () 麻しん風しん () 四種混合 () 水痘 () 耳下腺炎 () 日本脳炎 () 肺炎球菌 | |
| | ・風邪をひきやすい ・扁桃腺が腫れやすい ・口内炎がでしやすい ・吐きやすい ・便秘しやすい ・喘息がおきやすい | | ・鼻血が出やすい ・自家中毒 ・気管支炎 ・化膿しやすい ・湿疹 ・アトピー性皮膚炎 | | | |
| 体 質 | ・脱臼しやすい (部所) ・ひきつけしやすい (発熱 °C以上) ・アレルギー () ・その他 () | | | | | |

