

受付番号

# 入 園 願 書

本 人	ふりがな	-----		男	年保育課程 (満才)
	氏名			女	
	生年月日	平成 年 月 日生	これまで入っていた 幼稚園又は保育園名	幼稚園 保育園	
	本籍地	□□□□□□ □ 県 □ 市			
	現住所	□□□□□□□□			
保護者との続柄 (何男、何女とお願いします) -----					
保 護 者	ふりがな	-----			
	氏名				
	現住所				
	職業		勤務先		
	自宅の電話番号			携帯の電話番号	(父・母)
緊急連絡先①	父・母・その他 ( )		緊急連絡先②	父・母・その他 ( )	
自宅と園をつなぐ略路 (わかりやすい目印になるものをご記入下さい)					
○園バス ( 利用する・利用しない)					
入園を申し込みいたします。					
平成 年 月 日					
保護者氏名					印
認定こども園 マリアンハウス幼稚園園長 殿					

## お子様の生活環境について

同居家族	続柄	氏名	生年月日	(才)	職業(勤務先)・就学等
			年 月 日	才	
			年 月 日	才	
			年 月 日	才	
			年 月 日	才	
			年 月 日	才	
			年 月 日	才	
			年 月 日	才	

生活及び生活環境	項目	内容
	主に養育した人	
	主な遊び場所	
	好きな遊び	
	好きな遊具	
	特に興味を持つ物	
	家庭での呼び名	
	家庭で特に気をつけている事	
利き手		

マリアンハウス幼稚園を選んだ理由

家庭での教育方針

園に対する希望事項及び伝達事項

健康保険証	国保・社保	記号	番号	被保険者名	資格取得	年 月 日
	事業所の名称					
	かかりつけの病院名					
	病院所在地					

☎ (      ) -

入園日      年      月      日

なまえ

現在 (      才 )

出 産	第 子 父 才 分	正期産 (妊娠37~41週)								
	産 グラム 母 才 娩	早産 (      ヶ月) 未熟児 安産 難産 (鉗子・吸引・手術)								
体 状 況	発 育 歩き始め (      才      ヶ月)	哺 母 乳	薬	医師の処方箋によって常用の薬 (      )						
	話 し 始 め (      才      ヶ月)	乳 人工乳 混合乳		使用できない薬の種類 (      )						
※該当する場所を、○で囲んで下さい。										
既 往 症	麻しん (はしか) 才      ヶ月 百日咳 才      ヶ月	習 性 及 び 体 質	風邪をひきやすい	便秘傾向						
	風しん (三日はしか) 才      ヶ月 無菌性髄膜炎 才      ヶ月		気管支炎になりやすい	ぜんそく						
	水疱瘡 才      ヶ月 手足口病 才      ヶ月		自家中毒になりやすい	ヘルニア (脱腸)						
	おたふくかぜ 才      ヶ月 溶連菌感染症 才      ヶ月		小便が近い	吐きやすい						
	リンゴ病 才      ヶ月 中耳炎 才      ヶ月		鼻血が出やすい	水いぼ						
ウイルス性胃腸炎 才      ヶ月 その他	アトピー性皮膚炎	かみつく								
予 防 接 種 の 記 録	三種混合	1回目	2回目	3回目	追加接種	検 診	年 齢	異常の有無	指導内容	
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		1ヶ月	有・無		
	ポリオ	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日		乳児検診	ヶ月	有・無	
	麻しん	年 月 日	種 類	年 月 日			乳児検診	ヶ月	有・無	
	MR混合	1回目	2回目	そ の	Hibワクチン		乳児検診	ヶ月	有・無	
	ワクチン	年 月 日	年 月 日	他			乳児検診	ヶ月	有・無	
	日本脳炎	1回目	2回目				1才6ヶ月	有・無		
BCG	年 月 日	年 月 日			3才	有・無				
性 質	1. 明 朗 2. 強 情 3. 気が弱い 4. やさしい 5. 泣き虫 6. 無 口 7. 乱 暴 8. 根気がない 9. おこりっぽい									
食 事	1. 早い・遅い 2. 規則・不規則 3. 食べさせてもらう 4. 一人で食べる 5. スプーンで食べる 2. 箸が使える 7. 落ち着いて食べる 8. 食事の量 (多い・少ない) 9. 離乳食 (      ) 10. 好きな物 (      ) 嫌いな物 (      )									
睡 眠	1. 起きる時刻 (      時頃) 2. 寝る時刻 (      時頃) 3. きげんよく起きる 4. 昼寝している (      時間位) 5. 一人で寝る 6. 二人で寝る (誰と      ) 7. 寝るときの習癖 (      )									
排 泄	1. おむつをしている 2. 時々もらす 3. おしえる 4. 手伝えばできる 5. 一人でできる									
着 脱	1. 全然できない 2. 手伝えばできる 3. 一人でできる									
習 慣	1. いやがらずに顔や手を拭いてもらう 2. おむつの汚れを教える 3. 手洗いをする 4. 一人で鼻をかむ 5. 一人でうがいができる 6. 一人で歯を磨く									
○今までにした大きなケガや病気について										
○目につく癖について (どもり・あまえる・らんぼう等)、具体的に										
○その他										

# 離乳食問診票 (0・1・2歳記入)

現在 (            ) ヶ月

生下時体重	(                    ) g	現在の体重 (                    ) g
アレルギーについて	本人 (有・無)      家族 (有・無) 何のアレルギーですか (                    )	
ミルク	メーカー (                    )      品名 (                    ) 乳首の種類 (S・M・L・X・ヌーク)      温度 (                    )° 1回の哺乳料 (                    ) cc      間隔 (                    ) 時間おき	
牛乳	1 そのまま飲める                    2 うすめて飲ませる                    3 料理に使用 4 まだ飲ませてない                    5 その他 (                    )	
離乳食	開始の時期	(            ) ヶ月 ◎主食1に対し、おかずはどのくらいですか?
	回数(1日に)	(            ) 回
	時間	(            ) 時      (            ) 時      (            ) 時
	食欲の状況	細い                    普通だと思う                    いくらでもほしがる
	どんな形態のものを食べていますか	1 裏ごし                    2 舌でつぶせる固さ (豆腐状) 3 歯ぐきでつぶせる固さ (バナナの固さ) 4 乳歯でつぶせる固さ      5 大人と同じ 6 大人の一部をつぶして
	果汁について	1 しぼってそのまま                    2 うすめる 3 ベビー用                    4 市販100%ジュース
	卵	1 黄身だけ                    2 全卵                    3 つなぎのみ
	魚	1 白身魚                    2 しらすぼし                    3 青魚 (サバなど) 4 エビ                    5 その他 (                    )
	肉	1 鶏肉                    2 豚肉                    3 牛肉                    4 ハム 5 ウィンナーソーセージ                    6 レバー (                    )
	油脂	1 サラダ油                    2 バター                    3 マーガリン 4 マヨネーズ                    3 生クリーム
	粥	1 重湯                    2 五分粥                    3 全粥                    4 軟飯                    5 御飯
	野菜	煮野菜 生野菜
	フルーツ	