

お子様の生活環境について

同居家族	続柄	氏名	生年月日		職業(勤務先)・就学先等
			年 月 日	歳	
			年 月 日	歳	
			年 月 日	歳	
			年 月 日	歳	
			年 月 日	歳	
			年 月 日	歳	
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				
	特に興味を持つ物				
	家庭での呼び名				
	家庭で特に気を付けていること				
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	被保険者氏名	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					

受付番号 \_\_\_\_\_

入園願書

本人	ふりがな 氏名		男 女	年 保育課程 (満 歳)	
	生年月日	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	〒 ー 県 市			
	現住所	〒 ー			
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	〒 ー			
	職業	勤務先名			
	自宅の電話番号		携帯番号 (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ください)				
園バスについて (朝利用・帰り利用・往復利用)					
入園を申し込みいたします。					
			年 月 日	印	
			保護者氏名	認定こども園マリアンハウス幼稚園園長 殿	

発 育 状 況	出 産	第 子 グラム	父 母	歳 歳	分 娩	正期産(妊娠37~41週) 早産( _____ ヶ月) 安産・難産(鉗子・吸引・手術)		
	発育状況	歩き始め ( _____ 歳 _____ ヶ月)			哺 乳	母 乳	医師の処方箋によって常用の薬	
		話し始め ( _____ 歳 _____ ヶ月)				人工乳		使用できない薬の種類
	～既往歴～			～習性及び体質～				
	麻疹	歳	ヶ月	手足口病	歳	ヶ月	風邪をひきやすい 気管支炎になりやすい	
	風疹(三日はしか)	歳	ヶ月	熱性けいれん	歳	ヶ月	自家中毒になりやすい ヘルニア(脱腸)	
	水疱瘡	歳	ヶ月	いつ?	年	月	日	おしっこが近い 便秘傾向
	おたふくかぜ	歳	ヶ月	・搬送先				鼻血が出やすい 吐きやすい
	りんご病	歳	ヶ月	川崎病	歳	ヶ月		アトピー性皮膚炎 ぜんそく
	百日咳	歳	ヶ月	ひきつけ	歳	ヶ月		噛みつき 指しゃぶり
無菌性髄膜炎	歳	ヶ月	その他				アレルギー(何に対して _____ )	
RSウイルス	歳	ヶ月					脱臼しやすい(どこ? _____ )	
～予防接種の記録～					～検診～			
	1回目	2回目	3回目	追加	年 齢	異常の有無	指 導 内 容	
インフルエンザ					1ヶ月検診	ヶ月	有・無	
小児用肺炎球菌					検診	ヶ月	有・無	
B型肝炎					検診	ヶ月	有・無	
四種混合					1歳検診	歳 ヶ月	有・無	
BCG					1歳半検診	歳 ヶ月	有・無	
麻疹風疹					2歳児検診	歳 ヶ月	有・無	
水痘					3歳児検診	歳 ヶ月	有・無	
日本脳炎					その他特記事項			
ヒパロ-マイド								
ロタウイルス								
おたふく								
今までにした大きなケガや病気について								
癖について(どもり・甘える・乱暴等を具体的に)								
その他								

性 格	1・明 朗    2・強 情    3・気が弱い    4・優しい    5・泣き虫    6・無 □ 7・乱 暴    8・根気がない    9・怒りっぽい
食 事	・規則的/不規則    ・食べさせてもらう/ 1人で食べる    ・スプーンで食べる/箸が使える ・落ち着いて食べる/座ってられない ・早食い/時間がかかる ・食量(多い / 少ない) ・離乳食( _____ 期食) ・好きな食べ物… ・苦手な食べ物…
睡 眠	・起床時間( _____ 時頃)    ・就寝時間( _____ 時頃)    ・昼寝している( _____ 時間くらい) ・機嫌よく起きる/寝起きは機嫌が悪い ・1人で寝る/一緒に寝る(誰と? _____ )    ・寝る時の癖( _____ )
排 泄	・おむつ    ・排泄したい感覚をおしえる    ・手伝えばトイレに行ける ・時々もすがパンツで過ごせる    ・1人でできる(トイレトレーニング完了)
着 脱	・全然できない    ・手伝えばできる    ・1人でできる
清 潔	・嫌がらずに清拭できる    ・おむつの汚れをおしえる ・手洗いをする    ・鼻をかめる ・1人でうがいができる    ・1人で歯を磨く

※離乳食のお子様は、別途記入用紙がありますので、面談の際、お渡しいたします。