

**認定こども園 英伸幼稚学院
入園願書 ㊟**

記入日 平成 年 月 日

ふりがな 入園児氏名 生年月日 平成 年 月 日 性別 男・女 (丸を付けてください) 愛称	<p align="center">★お子様の健康状況★</p> ◎アレルギー症状 なし・あり ()に対するアレルギー ※ありに丸を付けた方は、後日アレルギー調査を行います。 ◎ひきつけ(けいれん)を起こしたことが ない・ある→いつ頃() ◎熱性けいれん なし・あり ◎てんかん発作 なし・あり ※ありに丸を付けた方は、対応方法を教えていただき、薬を預かる場合与薬依頼表に記入をお願いします。 ◎免疫のあるものに○をつけてください。(予防接種を受けたもの・かかったことがあるもの) 水ぼうそう・おたふく・四種混合・MRワクチン・B型肝炎・ヒブ・肺炎球菌・日本脳炎 BCG・ロタ・三種混合・ポリオ ◎いままでに大きな病気・ケガなどありますか？																																
ふりがな 保護者氏名 印 生年月日 年 月 日 現住所 〒 -	<p align="center">★家族調査(同居している方全て記入してください。)★</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">氏名</th> <th style="width:10%;">年齢</th> <th style="width:10%;">続柄</th> <th style="width:60%;">職業(勤務先・学校)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td align="center">父</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td align="center">母</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td align="center">本人</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	氏名	年齢	続柄	職業(勤務先・学校)			父				母				本人																	
氏名	年齢	続柄	職業(勤務先・学校)																														
		父																															
		母																															
		本人																															
自宅電話番号: 父 携帯電話: 母 携帯電話: その他: ★緊急連絡先(優先順に記入してください)★ 名前 続柄 電話番号 1: 2: 3: 4:	<p align="center">★登降園について★</p> 登園時間 : 降園時間 : 主に送り迎えされる方→ 園バスを利用 する : しない ※園バスの利用は、3歳児もも組以上のお子さまに限ります。																																
一般社団法人 君島園 認定こども園 英伸幼稚学院 園長 君島 明子 殿 平成 年 月 日から 要綱に従い入園しますのでお願いします。																																	

見本

認定こども園 英伸幼稚学院
入園願書 ㊟

記入日 平成 30 年 3 月 1 日

ふりがな 入園児氏名 英伸 一郎 生年月日 平成 28 年 4 月 5 日 性別 男・女 (丸を付けてください) 愛称 いちろう・いっくん	<p style="text-align: center;">★お子様の健康状況★</p> ◎アレルギー症状 なし・あり (卵) に対するアレルギー ※ありに丸を付けた方は、後日アレルギー調査を行います。 ◎ひきつけ(けいれん)を起こしたことが ない・ある→いつ頃() ◎熱性けいれん なし・あり ◎てんかん発作 なし・あり ※ありに丸を付けた方は、対応方法を教えていただき、薬を預かる場合与薬依頼表に記入をお願いします。 ◎免疫のあるものに○をつけてください。(予防接種を受けたもの・かかったことがあるもの) 水ぼうそう・おたふく・四種混合・MRワクチン・B型肝炎・ヒブ・肺炎球菌・日本脳炎 BCG・ロタ・三種混合・ポリオ ◎いままでに大きな病気・ケガなどありますか？																																															
ふりがな 保護者氏名 英伸 太郎 印 生年月日 昭和60 年 6 月 7 日 現住所 〒 001-0912 札幌市北区新琴似12条16丁目12番12号 自宅電話番号: 764-2423 父 携帯電話: 0×0-7654-3210 母 携帯電話: 0×0-1234-5678 その他: 0×0-1111-2222(祖母携帯) ★緊急連絡先(優先順に記入してください)★ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>名前</th> <th>続柄</th> <th>電話番号</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1: ○□○</td> <td>(母)</td> <td>×××-××××</td> </tr> <tr> <td>2: 英伸 花子</td> <td>(母)</td> <td>0×0-1234-5678</td> </tr> <tr> <td>3: 英伸 太郎</td> <td>(父)</td> <td>0×0-7654-3210</td> </tr> <tr> <td>4: (株)○×△</td> <td>(父)</td> <td>○○○-××××</td> </tr> </tbody> </table>	名前	続柄	電話番号	1: ○□○	(母)	×××-××××	2: 英伸 花子	(母)	0×0-1234-5678	3: 英伸 太郎	(父)	0×0-7654-3210	4: (株)○×△	(父)	○○○-××××	<p style="text-align: center;">★家族調査(同居している方全て記入してください)★</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>氏名</th> <th>年齢</th> <th>続柄</th> <th>職業(勤務先・学校)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>英伸 太郎</td> <td>32</td> <td>父</td> <td>会社員(株) ○×△</td> </tr> <tr> <td>英伸 花子</td> <td>32</td> <td>母</td> <td>パート事務 ○□○</td> </tr> <tr> <td>英伸 一郎</td> <td>1</td> <td>本人</td> <td>英伸幼稚学院</td> </tr> <tr> <td>英伸 英子</td> <td>7</td> <td>姉</td> <td>札幌市立○○小学校</td> </tr> <tr> <td>英伸 伸子</td> <td>58</td> <td>祖母</td> <td>無職</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 児童票と同じ内容を記入してください。 何かあった時、すぐに連絡の取れる順位 をお願いします。 </div>	氏名	年齢	続柄	職業(勤務先・学校)	英伸 太郎	32	父	会社員(株) ○×△	英伸 花子	32	母	パート事務 ○□○	英伸 一郎	1	本人	英伸幼稚学院	英伸 英子	7	姉	札幌市立○○小学校	英伸 伸子	58	祖母	無職								
名前	続柄	電話番号																																														
1: ○□○	(母)	×××-××××																																														
2: 英伸 花子	(母)	0×0-1234-5678																																														
3: 英伸 太郎	(父)	0×0-7654-3210																																														
4: (株)○×△	(父)	○○○-××××																																														
氏名	年齢	続柄	職業(勤務先・学校)																																													
英伸 太郎	32	父	会社員(株) ○×△																																													
英伸 花子	32	母	パート事務 ○□○																																													
英伸 一郎	1	本人	英伸幼稚学院																																													
英伸 英子	7	姉	札幌市立○○小学校																																													
英伸 伸子	58	祖母	無職																																													
<p style="text-align: center;">★登降園について★</p> 登園時間 8 : 00 降園時間 16 : 00 主に送り迎えされる方→母 園バスを利用 する : しない ※園バスの利用は、3歳児もも組以上のお子さまに限ります。	<p style="text-align: center;">一般社団法人 君島園 認定こども園 英伸幼稚学院</p> <p style="text-align: center;">園長 君島 明子 殿 平成 30 年 4 月 1 日から 要綱に従い入園しますのでお願いします。</p>																																															

児 童 票

平成 年 月 日入園

入園児童	ふりがな				男・女	ふりがな			
	氏名					氏名	続柄()		
	生年月日	平成 年 月 日				生年月日	年 月 日		
現住所	〒 区 番 ー			現住所	〒 区 番 ー				
家族及び同居人	ふりがな 氏名	続柄	生年月日	健否	職種等	勤務先・住所・電話			
		父				☎			
		母				☎			
勤務時間				週休の状態					
父親	月曜～金曜日	時 分～	時 分	週休2日制(あり・なし) 月 回(週) その他(曜日)					
	土曜日	時 分～	時 分						
	その他								
母親	月曜～金曜日	時 分～	時 分	週休2日制(あり・なし) 月 回(週) その他(曜日)					
	土曜日	時 分～	時 分						
	その他								
送迎時間 <small>通常の</small>	月曜～金曜日	送り 迎え	時 分	送迎者: 自宅・園の見取り図					
	土曜日	送り 迎え	時 分						
緊急連絡先	名前 (続柄)		電話番号						
	1:								
	2:								
	3:								
	4:								
保険証	保険の種類:								
	記号:								
か の 病 院 つ け			☎						
			☎						
			☎						

児 童 票

平成 年 月 日入園

出生状態	胎生期間(週) 正常産 仮死産 鉗子分娩 吸引分娩 逆子 帝王切開		
	出生体重(g) 出生身長(cm)		
乳児期の状態	栄養(母乳・人口乳・混合) 離乳開始(月) 離乳完了(月)		
	歯の生え始め(月) 歩き始め(月) 言葉の始まり(歳 月)		
予防接種	BCG:(年 月) MRワクチン:①(年 月) ②(年 月) ヒブ:①(年 月) ②(年 月) ③(年 月) 追加(年 月) 肺炎球菌:①(年 月) ②(年 月) ③(年 月) 追加(年 月) 四種混合:①(年 月) ②(年 月) ③(年 月) 追加(年 月) 水痘:①(年 月) ②(年 月) おたふく:(年 月) B型肝炎:①(年 月) ②(年 月) ③(年 月) ロタウイルス:①(年 月) ②(年 月) ③(年 月) 三種混合:①(年 月) ②(年 月) ③(年 月) 追加(年 月) ポリオ(生・不活化):①(年 月) ②(年 月) ③(年 月) 追加(年 月) その他()		
今までにかかった病気	先天性疾患() はしか(年 月) 風疹(年 月) 水痘(年 月) おたふく(年 月) 突発性発疹(年 月) (年 月) 百日咳(年 月) 気管支炎・肺炎(年 月) (年 月) その他()		
かかりやすい病気・体質	ひきつけ(けいれん) ぜんそく 頻尿 便秘 下痢 中耳炎(右・左) 肘内障(右・左) 脱臼(部位:) ヘルニア(部位:) 熱性けいれん てんかん発作	平熱 ℃	
アレルギー	何に対するアレルギーですか?		
その他心配な健康状態			
生活の様子	食事	好きな食べ物	嫌いな食べ物
	排泄	おむつの使用(紙・布) おまるの使用 トイレの使用 排泄の予告(ある・ない)	
	睡眠	睡眠時間 午前(: ~ :) 昼(: ~ :) 夜間(: ~ :) 寝つき(良・否) 寝起き(良・否) 寝る時の様子やくせ:	
		好きな遊び	家庭ではお子さんをどのように呼んでいますか?
備考			

※該当するところを○で囲むか、記入してください。

入園児童	ふりがな	えいしん いちろう		保護者	ふりがな	えいしん たろう	
	氏名	英伸 一郎			氏名	英伸 太郎 続柄(父)	
	生年月日	平成28年4月5日			生年月日	昭和60年 6 月 7 日	
	現住所	〒001-0912 北区新琴似12条16丁目12番12号 ☎ 764 - 2423			現住所	〒 - 左に同じ ☎ -	
家族及び同居人	ふりがな 氏名	続柄	生年月日	健否	職種等	勤務先・住所・電話	
	えいしん たろう 英伸 太郎	父	昭和60年 6月7日	健	営業	札幌市〇区〇〇×条〇丁目△番□号 (株)〇×△ ☎〇〇〇-××××	
	えいしん はなこ 英伸 花子	母	昭和60年 8月9日	健	事務	札幌市△区〇×条×丁目□番□号 〇〇〇 ☎×××-××××	
	えいしん えいこ 英伸 英子	姉	平成22年 10月11日	健	小学生	札幌市立〇〇小学校	
	えいしん のぶこ 英伸 伸子	祖母	昭和34年 12月1日	健	無職		
勤務時間				週休の状態			
父親	月曜～金曜日 8時 45分～ 17時 45分 土曜日 時 分～ 時 分 その他			週休2日制(あり)・なし) 月 回(週) その他(曜日)			
母親	月曜～金曜日 9時 00分～ 15時 00分 土曜日 時 分～ 時 分 その他			週休2日制(あり)・なし) 月 回(週) その他(水曜日)			
送迎時間 通常の	月曜～金曜日 送り 8時 00分 迎え 16時 00分 土曜日 送り 時 分 迎え 時 分			送迎者: 母			
緊急連絡先	名前 (続柄)		電話番号		自宅・園の見取り図 インターネット地図のコピーでも良いです。 願書と同じ内容を記入してください。 何かあった時、すぐに連絡の取れる順位でお願いします。		
	1: 〇〇〇 (母)		×××-××××				
	2: 英伸 花子 (母)		0×0-1234-5678				
	3: 英伸 太郎 (父)		0×0-7654-3210				
4: (株)〇×△ (父)		〇〇〇-××××					
健康 保険証	保険の種類: 全国健康保険協会 北海道支部 記号: 21700023 番号: 21						
かかりつけ 病院	〇×小児科		☎123-4567				
			☎				
			☎				

出生状態	胎生期間(週) 正常産 仮死産 鉗子分娩 吸引分娩 逆子 帝王切開 出生体重(g) 出生身長(cm)	
乳児期の状態	栄養(母乳・人口乳・混合) 離乳開始(月) 離乳完了(月) 歯の生え始め(月) 歩き始め(月) 言葉の始まり(歳 月)	
予防接種	BCG:(年 月) MRワクチン:①(年 月) ②(年 月) ヒブ:①(年 月) ②(年 月) ③(年 月) 追加(年 月) 肺炎球菌:①(年 月) ②(年 月) ③(年 月) 追加(年 月) 四種混合:①(年 月) ②(年 月) ③(年 月) 追加(年 月) 水痘:①(年 月) ②(年 月) おたふく:(年 月) B型肝炎:①(年 月) ②(年 月) ③(年 月) ロタウイルス:①(年 月) ②(年 月) ③(年 月) 三種混合:①(年 月) ②(年 月) ③(年 月) 追加(年 月) ポリオ(生・不活化):①(年 月) ②(年 月) ③(年 月) 追加(年 月) その他()	
今までにかかった病気	先天性疾患() はしか(年 月) 風疹(年 月) 水痘(年 月) おたふく(年 月) 突発性発疹(年 月) (年 月) 百日咳(年 月) 気管支炎・肺炎(年 月) (年 月) その他()	
かかりやすい病気・体質	ひきつけ(けいれん) ぜんそく 頻尿 便秘 下痢 中耳炎(右・左) 肘内障(右・左) 脱臼(部位:) ヘルニア(部位:) 熱性けいれん てんかん発作	平熱 ℃
アレルギー	何に対するアレルギーですか?	
その他心配な健康状態		
生活の様子	食事	好きな食べ物 嫌いな食べ物
	排泄	おむつの使用(紙・布) おまるの使用 トイレの使用 排泄の予告(ある・ない)
	睡眠	睡眠時間 午前(: ~ :) 昼(: ~ :) 夜間(: ~ :) 寝つき(良・否) 寝起き(良・否) 寝る時の様子やくせ:
		好きな遊び 家庭ではお子さんをどのように呼んでいますか?
備考		

※該当するところを○で囲むか、記入してください。

入園時健康診査

<太枠内は保護者が記載する>

(ふりがな) 児童氏名	() 男 ・ 女 第 子
生年月日	平成 年 月 日 (歳 カ月)
保護者氏名	父: ()歳 母: ()歳
住所	札幌市 区
①出生時状況	出生時異常: なし・あり () 体重 g 身長 cm 胸囲 cm 頭囲 cm
②栄養	母乳 混合 人工
③離乳食	未開始 開始(カ月)・現在(回食) 終了(歳 カ月)
④既往歴	肺炎 中耳炎 熱性けいれん 麻しん 風しん 水痘 突発性発しん 流行性耳下腺炎 アレルギー() その他()
⑤予防接種歴	ヒブ(回、追加) 肺炎球菌(回、追加) BCG MRワクチン(回) 四種混合(回、追加) 三種混合(回、追加) ポリオ(回、追加) B型肝炎(回) 水痘(回) おたふく ロタウイルス(回) インフルエンザ 日本脳炎 その他()
⑥精神運動発達	首がすわる カ月・未 寝返りする カ月・未 支えなしで座る カ月・未 はいはいする カ月・未 つかまり立ちする カ月・未 バイバイなどの身振りをする カ月・未 一人で歩く カ月・未 2, 3のことばを話す カ月・未 歯の生え始め カ月・未
⑦日常の健康状況 <small>(右の症状が出やすいですか?)</small>	下痢 便秘 嘔吐 食欲不振 喘鳴(ゼーゼーする) 咳 湿疹(アトピー) その他()
⑧診査時計測	体重 kg 身長 cm 胸囲 cm 頭囲 cm
⑨診査所見	体格 大・中・小 栄養状態 良・普・不良 血色 良・普・不良 皮膚の異常 無・有() 胸部所見 無・有() 腹部所見 無・有() その他 ()
⑩保育の可否	いずれかに○をつけて下さい。 1、保育に支障なし 2、やや保育困難 3、保育不能
⑪特記事項	
上記のとおり診査する 平成 年 月 日 医療機関 所在地 医師名 印	

※保護者の皆さんへお願い

この診査票は、園へ入所する前に提出していただくもので、今後の保育上の参考資料とするものです。太枠内をご記入の上、かかりつけの小児科医師の診査を受けて園へ提出してください。なお、記入の際は母子健康手帳の項目を参考として下さい。

- ① 「出生時状況」欄は、母子健康手帳の『出産の状態と産後の経過』に記載されている事項を転記してください。
- ② 「栄養」欄は、生後6か月までの主な栄養状況を記入してください。
- ③ 「離乳食」欄は、未開始、開始、完了のいずれかに○印を記入し、その時期・回数について記入してください。
- ④ 「既往歴」は既往の疾患に○印をつけてください。
- ⑤ 「予防接種歴」は母子健康手帳の『予防接種の記録』を参考にして、接種済みのものに○印と回数を記載してください。
- ⑥ 「精神運動発達」欄は、主なものを列記しました。出来るものには開始の月齢を、出来ないものには未○印を記載してください。
- ⑦ 「日常の健康状況」については、あてはまるものに○印をつけてください。該当するものがない場合には、欄に斜線を引いてください。

(生活保護を受給されている方は、受診料金について保護課地区担当者にご相談ください。)

※医療機関へのお願い

調査票の太枠外を医療機関でご記入ください。

- ⑧ 「診査時計測」欄は、診査時の計測状況を記入してください。
- ⑨ 「診査所見」は、それぞれ該当に○印をつけるとともに、異常所見がある場合は()内に病名などの詳細を記載してください。
- ⑩ 「特記事項」欄は、この診査票の各欄に記入不可能なもので、⑥「精神運動発達」⑨「診査所見」等各項目に関連して、今後、家庭や園における健康管理上、ぜひ必要だと思われる事項があれば、簡明に記入してください。