



入園申込書

受付 _____

年 月 日

太枠内は必ずご記入ください

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|-------|----------------|--|--------|---|---|-------|--------|---|---|-------|-----|---|---|-------|-----|---|---|-------|-------|---|---|--|-----|---|---|--|------|---|---|--|--|--|--|--|
| ふりがな | | 保育内容 | | ビジター・メンバー | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 園児名 | | 男・女 | | 保育料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年 月 日 | | 保育時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年齢 | | 才 ヶ月 | | 血液型 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 型 | | タイプ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E mail | | お休み・食事 | | a · b 週 日・変動 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者 | | 続柄 | | 勤め先名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 保護名 | | 勤め先tel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 年齢 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 父 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 母 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: right;">ご連絡先の優先順位をご記入ください 例：</p> <p>注) ご記入頂きました電話番号は緊急の際、連絡させて頂く場合がございますので連絡可能な番号をご記入ください</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発育暦 | | <p>*お子様 第()子</p> <p>*栄養 母乳・人口乳・混合 (授乳時間 時間置き ミルクの量 ml)</p> <p>離乳食 (1日 食 離乳初期 ・ 離乳中期 ・ 離乳後期)</p> <p>普通食 よく食べる・普通・あまり食べない (偏食 ある ・ なし)</p> <p>*睡眠 午睡 いつも 時間する ・ しない</p> <p>睡眠 夜 時ぐらいに寝る</p> <p>寝つき 良い ・ 悪い</p> <p>寝つき方 ()</p> <p>*性質 すねる・ 怖がる・ 頑固・ 活発・ 優しい・ 内気・ よく笑う・ よく泣く</p> <p>その他 ()</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康状態 | | <p>*平均体温 (度)</p> <p>*丈夫 ・ 普通・ 病気をしやすい</p> <p>かぜ・ ぜんそく・ ひきつけ・ 気管支炎 ・ 肺炎</p> <p>便秘 下痢 ・ 中耳炎 ・ 自家中毒</p> <p>その他 ()</p> <p>*体質</p> <p>アレルギー性鼻炎・ 食物アレルギー・ じんましん</p> <p>アトピー性皮膚炎・ その他 ()</p> <p>*現在かかっている病気・ ケガ</p> <p>()</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p>過去の病気 いずれかに をお願いします</p> <table border="1"> <tr> <td>みずぼうそう</td> <td>未</td> <td>済</td> <td>予防接種済</td> </tr> <tr> <td>おたふくかぜ</td> <td>未</td> <td>済</td> <td>予防接種済</td> </tr> <tr> <td>はしか</td> <td>未</td> <td>済</td> <td>予防接種済</td> </tr> <tr> <td>風しん</td> <td>未</td> <td>済</td> <td>予防接種済</td> </tr> <tr> <td>突発性発疹</td> <td>未</td> <td>済</td> <td></td> </tr> <tr> <td>とびひ</td> <td>未</td> <td>済</td> <td></td> </tr> <tr> <td>手足口病</td> <td>未</td> <td>済</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | みずぼうそう | 未 | 済 | 予防接種済 | おたふくかぜ | 未 | 済 | 予防接種済 | はしか | 未 | 済 | 予防接種済 | 風しん | 未 | 済 | 予防接種済 | 突発性発疹 | 未 | 済 | | とびひ | 未 | 済 | | 手足口病 | 未 | 済 | | | | | |
| みずぼうそう | 未 | 済 | 予防接種済 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| おたふくかぜ | 未 | 済 | 予防接種済 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| はしか | 未 | 済 | 予防接種済 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 風しん | 未 | 済 | 予防接種済 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 突発性発疹 | 未 | 済 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| とびひ | 未 | 済 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手足口病 | 未 | 済 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>気を付けてほしいこと 癖など</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

『ママ キッズ ルーム』をご利用頂きまして ありがとうございます
以下のアンケートにお答えできない範囲でご記入お願いします

- * 『ママ キッズ ルーム』をどちらでお知りになりましたか
1. ホームページ
 2. 雑誌広告
 3. 新聞紙上 (中国・リビング)
 4. 看板
 5. 知人の紹介
 6. その他 ()



ご協力ありがとうございました