

入 園 前 個 人 票

*あてはまるものに☑をつけてください。

記入日 西暦

年 月 日

ふりがな 児童名	(西暦 年 月 日生)		愛称	
保育時間	<input type="checkbox"/> 短時間認定 <input type="checkbox"/> 標準時間認定	集団保育の 経験	<input type="checkbox"/> 有 市町村 () 施設名 () <input type="checkbox"/> 無	
生活時間				
食 事	食べ方	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べる <input type="checkbox"/> 手づかみで食べる <input type="checkbox"/> スプーン・フォークで食べる <input type="checkbox"/> 箸で食べる		
	食べる量	<input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い		
	好き嫌い	好きなもの () 嫌いなもの ()		
	水分摂取	<input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 麦茶 <input type="checkbox"/> その他 ()		
排 泄	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中 <input type="checkbox"/> 自立			
着 脱	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> しようとしている <input type="checkbox"/> できる			
ことば	<input type="checkbox"/> はっきり言えない <input type="checkbox"/> はっきり言える			
く せ	<input type="checkbox"/> 爪をかむ <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 寝るとき () <input type="checkbox"/> その他 ()			
好きな遊び	室内		戸外	
嫌がる(恐がる)もの	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()			
今までにかかった病気	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肘がぬけた <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> その他 ()			
アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬 () <input type="checkbox"/> 動物 <input type="checkbox"/> その他 ()			
体 質	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> ゼイゼイしやすい <input type="checkbox"/> 皮膚が弱い <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 熱が出やすい			

裏面に続く

保 育	土曜日の 利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎週)					
	延長保育	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	登所初日	月 日 ()		登所時間	時	分	
			降所時間	時	分		
		* 2 日目以降の保育については口頭でお伺いします					
	主たる 送迎者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()					

※上記以外で伝えておきたいことがありましたらご記入ください。

※保育園記入欄

荷物の持ち込み予定 月 日 () 時頃