

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 () <input type="checkbox"/> 施設名 () <input type="checkbox"/> 無																										
生活時間	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td> </tr> </table> <p>【記入事項】 食事、おやつ、睡眠等を時間の上に↔でご記入ください</p>					0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24						
食 事	食べ方	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 手づかみで食べる				<input type="checkbox"/> 自分で食べる <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"/> はつきり言えない					<input type="checkbox"/> はつきり言える																								
く せ	<input type="checkbox"/> 爪をかむ					<input type="checkbox"/> 指しやぶり		<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 降所時間	時 分 時 分
	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