

受付番号 号
キンダーホーム

幼保連携型認定こども園キンダーホーム入園願書

児童本人	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生 年 月 日	< 年 月 日 > 歳児
	現住所	保護者との 続柄		
保護者	氏名			
	(現住所が児童本人と異なる場合に記入ください。) 現住所			

上記の者 幼保連携型認定こども園キンダーホームへ入園させたいので願書を提出します。

年 月 日

保護者署名

切り取り線

幼保連携型認定こども園キンダーホーム入園願書 受付票

受付番号 号
キンダーホーム

氏名 様

幼保連携型認定こども園キンダーホーム入園願書を受け付けました。

キンダーホーム園長 豊田 泰之

※裏面の健康状態調査票の記入もお願いします。

健康状態調査票

この調査票は、保育上注意しなければならないことについて事前にお尋ねするものです。
 お子さんの母子健康手帳を参考に、該当する項目にチェックを付けるか、必要事項を記入してください。
 入園後、保育施設でも健康状態等についてお聞きしますので、ご協力をよろしくお願いいたします。

記載日	入園申込児童氏名	生年月日				
令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		
(歳 か月)						
1 出産時の様子	妊娠 週で出産 <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 誘発 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他 ()					
2 出産時等の状況	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 保育器 <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 重症黄疸 <input type="checkbox"/> その他 ()					
3 体重・身長	出生時	g	cm	現在		
				g kg cm		
4 健康診査及び結果	1～2か月健康診査		3～4か月健康診査		6～7か月健康診査	
	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診	
	9～10か月健康診査		1歳6か月健康診査		3歳児健康診査	
	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診	
5 上記健康診査による指導事項や健康状態で心配なこと	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 言葉や発達のことで、相談をしたり、指導を受けたりしたことがある。 (歳 か月のとき) 場所 () で () について					
6 過去に入院したこと	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (歳 か月のとき)		傷病名 ()		医療機関名 () 主治医 ()	
	治療を続けて <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		通院は <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週		<input type="checkbox"/> 回 <input type="checkbox"/> 不定期	
7 現在の治療・通院状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (歳 か月のとき)		傷病名 ()		医療機関名 () 主治医 ()	
	治療を続けて <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		通院は <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週		<input type="checkbox"/> 回 <input type="checkbox"/> 不定期	
8 服薬中の薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕)		薬名 ()		投薬理由 ()	
	園への投薬依頼 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要					
9 アレルギー	<input type="checkbox"/> まだわからない <input type="checkbox"/> 無 検査 <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない					
	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> ピーナッツ					
	<input type="checkbox"/> その他 ()					
	除去食は <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要					
	※除去が必要な場合は、入園後に所定の様式による医師の診断書を提出していただきます。					
10 けいれん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (歳ころから 回) 診断名 ()					
	治療を <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている					
11 予防接種	四種混合 (I期)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 追加	日本脳炎 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	HIB	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	麻疹・風疹混合 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		水痘 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		BCG <input type="checkbox"/> 1
	その他※三種混合等	()				
12 病気・症状について	<input type="checkbox"/> 熱を出しやすい <input type="checkbox"/> ぜいぜいしやすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい					
	<input type="checkbox"/> 脱臼しやすい					
13 発達状況	首すわり	か月	ねがえり	か月	おすわり	か月
	はいはい	か月	つたい歩き	か月	歩きはじめ	か月
	<input type="checkbox"/> 人に向かっておしゃべりをする			<input type="checkbox"/> 「ワンワンきた」などの2語文を話す		
	<input type="checkbox"/> パパ、ママ、マンマなどが言える			<input type="checkbox"/> 「〇〇ちょうだい」といわれ、持ってくる		
	<input type="checkbox"/> 自分の名前や物の名前をかなり言うことができる			<input type="checkbox"/> 同年齢の子どもと会話することができる		
<input type="checkbox"/> 音や声のするほうを向く		<input type="checkbox"/> 視線が合う		<input type="checkbox"/> あやすと笑う		
<input type="checkbox"/> 特定の物事 (数字・図形・食べ物等) にこだわりがある						
<input type="checkbox"/> 1か所にじっとしてられないことがある			<input type="checkbox"/> 奇声をあげることがある			
14 食事	<input type="checkbox"/> ミルクのみ		<input type="checkbox"/> 離乳食 (か月離乳食開始)		<input type="checkbox"/> 幼児食	
	<input type="checkbox"/> 大人の助けがあれば食べられる		<input type="checkbox"/> はし又はスプーンを使用して食べることができる			
15 排泄	<input type="checkbox"/> おむつを使用している		<input type="checkbox"/> 自分ではできないが知らせる		<input type="checkbox"/> 大小便とも自分でできる	
	<input type="checkbox"/> 大便のみ自分でできる		<input type="checkbox"/> 小便のみ自分でできる			
16 着脱衣	<input type="checkbox"/> 大人にしてもらう		<input type="checkbox"/> 簡単なものは自分でできる (<input type="checkbox"/> 着るだけ <input type="checkbox"/> 脱ぐだけ <input type="checkbox"/> 着脱両方)			
	<input type="checkbox"/> 自分で着脱し、ボタンかけもできる					