

入園申込書（児童票・健康等調査票・生育歴）

1/4

私（保護者名）_____は、（園名）_____へ

入園を申し込みます。なお、万一、保育管理下中に於けるケガ発生時は、保護者に代わり園に医療機関選定及び受診を一任します。 社会福祉法人どろんこ会 殿

児童票

		申込年月日		西暦	年	月	日	
ふりがな	姓	名	性別	入園年月日	西暦	年	月	日
				生年月日	西暦	年	月	日
園児名			双子	時刻				
郵便番号	〒		-	血液型	型	平熱	度	
園児住所	都道府県	市区町村～丁目・番地				保護者も同じ住所		
	マンション・アパート名							
ふりがな	姓	名	保護者生年月日	西暦	年	月	日	
			自宅電話					
保護者名			携帯電話					
	郵便番号	〒		-	メール			
保護者住所	都道府県	市区町村～丁目・番地						
	マンション・アパート名							
勤務先			勤務先電話					
郵便番号	〒		-	続柄				
勤務先住所	都道府県	市区町村～丁目・番地						
	マンション・アパート名							

家族構成	続柄	姓	名	(西暦) 生年月日	携帯電話番号	勤務先等	電話番号
				年 月 日			
				年 月 日			
				年 月 日			
				年 月 日			

※該当番号を記入願います。 ※マンスリーコースもしくはショートコースの場合、週あたりの日数をご指定下さい。

ご契約内容 ※別紙にてご契約プランとご契約料金をご確認の上、ご記入願います。	ご契約コース	ご契約プラン	※ご契約前月15日までに本申込書（児童票）を提出（締結）お願い致します。				
	1 マンスリー 2 ショート 3 ビジター 4 学童 5 二重保育	週 _____ 日	■本内容にて契約することに合意される場合、下記に押印願います。				
		印	契約開始	西暦	年	月	日
			契約終了	西暦	年	月	日

園使用覧 ※保護者様は記入しないで下さい

兄弟姉妹			園				
			園				
			園				
園児ID	補助金	適用開始	西暦	年	月	日	
	健康保険証	期限日	西暦	年	月	日	
	アレルギー	有効開始日	西暦	年	月	日	

個人情報の利用
園外へ散歩に出る際

写真撮影
銭湯

本用紙受領者	園長	運営部へ送付
印	印	印

運営部受取	コンビニ振込発行
印	印

DB登録者
印



健康等調査票

2/4

平成 年 月 日 時点

健康保険証番号	かかりつけの病院			
今までにかかったことのある病気 (該当するものに✓印)	<input type="checkbox"/> 1.心臓病 <input type="checkbox"/> 5.ぜんそく <input type="checkbox"/> 9.水痘 <input type="checkbox"/> 13.中耳炎 <input type="checkbox"/> 17.ヘルニア	<input type="checkbox"/> 2.腎臓病 <input type="checkbox"/> 6.自家中毒症 <input type="checkbox"/> 10.おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 14.結核 <input type="checkbox"/> 18.脱臼	<input type="checkbox"/> 3.肝臓病 <input type="checkbox"/> 7.麻疹 <input type="checkbox"/> 11.百日咳 <input type="checkbox"/> 15.川崎病 <input type="checkbox"/> 19.その他()	<input type="checkbox"/> 4.髄膜炎 <input type="checkbox"/> 8.風疹 <input type="checkbox"/> 12.溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 16.肺炎
予防接種の済んだもの (該当するものに✓印)	<input type="checkbox"/> 小児麻痺(ポリオ) I・II <input type="checkbox"/> 日本脳炎(基礎・追加) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MRワクチン <input 2"="" type="checkbox/>(麻疹・風疹混合) I・II </td> <td colspan="/> <input type="checkbox"/> 百日咳・ジフテリア・破傷風 (I1・I2・I3・II) <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> インフルエンザ		

以下の質問にお答えください

1	目について気になることがありますか	ある <input type="checkbox"/> 目つきがおかしい <input type="checkbox"/> 目を細めてみる <input type="checkbox"/> 頭を傾けたり、横目で見たり	ない <input type="checkbox"/> まぶしがる <input type="checkbox"/> 物に近づいてみる <input type="checkbox"/> する
2	耳が聞こえにくいのでは?と思うことがありますか	ある	ない
3	たびたび鼻血が出ますか	はい	いいえ
4	虫歯がありますか	はい	いいえ
5	けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか	ある(いつ) どんな場合 _____	ない
6	打ったところが皮下出血しやすいですか	はい	いいえ
7	言葉について気になることがありますか	ある <input type="checkbox"/> 発音不明瞭 <input type="checkbox"/> どもる <input type="checkbox"/> 言葉の遅れ	ない
8	運動や行動面などで気になることありますか	ある <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 動きたがらない <input type="checkbox"/> 爪かみ	ない <input type="checkbox"/> よくころぶ <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 手指や行動がぎこちない
9	アレルギー・アトピー性皮膚炎がありますか	ある()	ない
10	小児ぜんそく・気管支ぜんそくがありますか	ある	ない
11	食事についてお尋ねします	<input type="checkbox"/> 偏食がある <input type="checkbox"/> 少ししか食べない	<input type="checkbox"/> よく吐く <input type="checkbox"/> 食事時間が決まっていない
12	毎日何か薬を飲んでいますか	はい()	いいえ
13	入院したことがありますか	はい()	いいえ
14	何か気になることがあればお書きください		

(注3) ケガ発生・疾病容体悪化の際の病院は園に一任させていただきます。かかりつけの病院で受診しない場合があります。

<園記入欄>



生育歴

3/4

平成 年 月 日時点

出生時の状況		第 子	父 母	歳 歳	出生状況	出生時の状態	生下時体重
					ケ月		g g
乳幼児期	栄養	方法		哺乳時間		離乳食(開始)	離乳食(終了)
	発育	首坐り	生後	ケ月	発語	生後	ケ月
					ケ月	歩行	生後
					ケ月		ケ月

病気の記録	年齢	ジフテリア	百日咳	麻疹(はしか)	風疹	おたふくかぜ	水ぼうそう	インフルエンザ	流行性咽頭結膜熱(プール熱)	手足口病	嘔吐下痢症	溶連菌感染症	熱性けいれん	無熱けいれん	中耳炎	骨折や大きな病気ケガ
	0歳															
	1歳															
	2歳															
	3歳															
	4歳															
	5歳															
	6歳															

予防接種等	年齢	小児まひ(ポリオ)		B・C・G	百日咳ジフテリア破傷風			II	日本脳炎		麻疹・風疹混合ワクチン(MR)		おたふくかぜ	水ぼうそう	インフルエンザ	
		I	II		I				基礎	追加	I	II				
	0歳															
	1歳															
	2歳															
	3歳															
	4歳															
	5歳															
6歳																

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 微熱 | <input type="checkbox"/> 偏食 | (園記入欄)
児童票個別記録記入済チェック |
| <input type="checkbox"/> 下痢しやすい | <input type="checkbox"/> 吃音 | <input type="checkbox"/> ぜんそく(アレルギー) | |
| <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい | <input type="checkbox"/> 神経質 | <input type="checkbox"/> じんましん(アレルギー) | |
| <input type="checkbox"/> 湿疹がしやすい | <input type="checkbox"/> 爪かみ | <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 | |
| <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 衣類かみ | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 | |
| <input type="checkbox"/> 夜尿 | <input type="checkbox"/> 脱臼 | <input type="checkbox"/> 結膜炎 | |
| <input type="checkbox"/> 頻尿 | <input type="checkbox"/> 股関節脱臼 | <input type="checkbox"/> 食物アレルギー | |
| <input type="checkbox"/> その他(→) | | | |
| | | | |
| | | | |

0歳児	4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3
1歳児	4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3
2歳児	4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3
3歳児	4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3
4歳児	4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3
5歳児	4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3



保険証コピー・母子手帳コピー

① 保険証コピーを糊で貼付ください。

② 母子手帳（直近の検診ページ・予防接種ページ）コピーを糊で貼付ください。

③ 個人情報の取扱いについての承諾書を貼付ください。