

# 月極入園願書

入園日	年 月 日	ID	クラス
-----	-------	----	-----

ふりがな	性別	生年月日	血液型	お子様の愛称
<b>園児氏名</b>	男 女	H 年 月 日 歳 ヶ月	型	
<b>〒</b>				
<b>住所</b>				
TEL				

<b>緊急時連絡先</b>	<b>父</b>	ふりがな氏名	生年月日	携帯TEL
			年 月 日	携帯/PC Mail
		ふりがな勤務先名称	<b>〒</b> 勤務先住所	TEL
	<b>母</b>	ふりがな氏名	生年月日	携帯TEL
			年 月 日	携帯/PC Mail
		ふりがな勤務先名称	<b>〒</b> 勤務先住所	TEL
<b>その他連絡先</b>	<b>1</b>	ふりがな名称	TEL	
	<b>2</b>	ふりがな名称	TEL	

※園より大切なお知らせをお届けしますので、メールアドレスの記入を(必ず1つは)お願い致します。

## からだに関する調査

<b>かかりつけの病院</b>	<b>国民健康保険の種類</b>
病院名	[国] 記号
住所	[社] 番号
TEL	
<b>予防接種</b> これまで行った予防接種に○印をお付け下さい。 ・BCG ・ポリオ(1回目/2回目) ・はしか ・風疹 ・日本脳炎 ・三種混合(I期1回目/2回目/3回目/II期) ・二種混合 ・おたふく ・水痘 ・その他( )	
<b>既往症</b> これまでかかった病気に○印をお付け下さい。 ・おたふく ・水痘 ・はしか ・風疹 ・百日咳 ・熱性けいれん(初回 歳 ヶ月、これまでに 回) ・その他( )	
<b>治療中の病気</b> 喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等、治療中の病気がありますか? [ なし / あり(病名) ] 「あり」とお答えの方は、常時服用又は外用しているお薬があれば具体的にお書き下さい。 ( )	
<b>アレルギー</b> 薬物・食品アレルギーがありますか? [ なし / あり( ) ]	
<b>その他</b> お子様の平熱[ ]度 使用しているミルク(該当者のみ): 好きな食べ物: 苦手な食べ物: 好きな遊び: ご両親からみたお子様の性格: 体質や病気のことで心配な事・配慮して欲しい事について具体的にお書き下さい。	