

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。 株式会社ゴーエスト 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 | | | |
| | | | | 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 | 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。 | | | | | |
| ※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。 | | | 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 (I 1・I 2・I 3・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"/> その他 <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) |
| | 発育 | 首坐り 生後 | | 発語 生後 | | 歩行 生後 |
| | | | | ケ月 | 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 | | | | 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 | | 1 | | | II | 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 個人情報の取扱についての承諾書を貼付ください。