

保 育 所 入 所 申 込 書 付 票

三 歳 未 満 児 用

保育園

保護者 住 所
氏 名
TEL

(ふりがな)

園児氏名

男 ・ 女 (第 子)

生年月日: 令和 年 月 日生 歳 か月 (令和9年4月1日現在)

* 差し支えない範囲で記入して下さい
生育歴・健康状態 (該当する項目の□にレ印をつけてください)

1. 妊娠中に異常がありましたか？ ☐あった ☐なかった																						
2. 出産時に異常がありましたか？ ☐正常 ☐手術 ☐難産 ☐早産(月) 出生時の体重 g																						
3. 発達の様子(生後何ヶ月目かを書いて下さい) <table border="1"> <tr> <td>①首のすわり</td> <td>ヶ月</td> <td>②おすわり</td> <td>ヶ月</td> </tr> <tr> <td>③言葉のしゃべりはじめ</td> <td>ヶ月</td> <td>④人見知り</td> <td>ヶ月</td> </tr> <tr> <td>⑤ハイハイをはじめた頃</td> <td>ヶ月</td> <td>⑥後追い</td> <td>ヶ月</td> </tr> <tr> <td>⑦歩行開始</td> <td>ヶ月</td> <td>⑧歯の生え始め</td> <td>ヶ月</td> </tr> <tr> <td>⑨離乳完了</td> <td>ヶ月</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			①首のすわり	ヶ月	②おすわり	ヶ月	③言葉のしゃべりはじめ	ヶ月	④人見知り	ヶ月	⑤ハイハイをはじめた頃	ヶ月	⑥後追い	ヶ月	⑦歩行開始	ヶ月	⑧歯の生え始め	ヶ月	⑨離乳完了	ヶ月		
①首のすわり	ヶ月		②おすわり	ヶ月																		
③言葉のしゃべりはじめ	ヶ月	④人見知り	ヶ月																			
⑤ハイハイをはじめた頃	ヶ月	⑥後追い	ヶ月																			
⑦歩行開始	ヶ月	⑧歯の生え始め	ヶ月																			
⑨離乳完了	ヶ月																					
4. ひきつけを起こしたことがありますか？ ☐ある ☐ない																						
5. 今までに大きな(重い)病気をしたことがありますか？ ☐はい ☐いいえ 「はい」の場合、病名とかかりつけの病院をご記入ください。 病名 病院名																						
6. アトピー性皮膚炎などの皮膚疾患はありますか？ ☐はい ☐いいえ 「はい」の場合・医師の診察を受けていますか？ ☐いる ☐いない ・外用薬または内服薬を使用していますか？ ☐いる ☐いない																						
7. 食物以外のアレルギーがありますか？(花粉等) ☐はい ☐いいえ アレルギーの原因が判明している場合はご記入ください。 ()																						
視 覚 気になることがありますか？ ☐はい ☐いいえ 「はい」の場合、どのようなことかご記入ください。																						
聴 覚 気になることがありますか？ ☐はい ☐いいえ 「はい」の場合、どのようなことかご記入ください。																						

