

写真貼付欄
(30mm×40mm)

お子様の顔が
分かる写真

入 園 願 書

ふりがな				性別	男 ・ 女	
児 童 氏 名						
生 年 月 日	年	月	日	入園希望学年	1.年少児 2.年中児 3.年長児	
ふりがな						
保護者氏名						
住 所	〒 _____ _____					
連 絡 先	電話番号（自宅） _____					
	連絡先番号（父・母） _____					
	メールアドレス（父・母） _____ @ _____					
家 族 構 成 (本人以外)	氏 名				続 柄	
当園を受けるに あたっての志望動機						

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____

受付日	面接日時
/	/
	:
備 考	

児 童 票

令和9年度

茅ヶ崎松若こども園

フリガナ		生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女	
児童名		出生病院		自宅電話番号		
保護者氏名		続柄		携帯番号		
住所						
家族の状況	氏名	続柄	生年月日	年齢	健康状態	勤務先／連絡先
環境・通所道順	通所（園）距離 約（ ）km			送迎者	①	
	所要時間 約（ ）分				②	
	経路・地図					
	※地図貼り付けでも可					
かかりつけ医療機関	内科	外科		歯科		
	病院名	病院名		病院名		
	電話番号	電話番号		電話番号		

園記入欄

入園日	年 月 日
退園日	年 月 日

児童健康票					園名	茅ヶ崎松若こども園		
太枠内のご記入をお願いします					記入日	年	月	日
申請児名		カガナ	性別	生年月日	令和	年	月	日
出生時	第 子		身長		cm	体重		g
	在胎週数： 週 日							
保育歴								
予防接種	種類	接種日	接種日	種類	接種日	接種日		
	B型肝炎			BCG				
				MR (麻疹風疹混合)				
	ロタウィルス			水痘 (水ぼうそう)				
				日本脳炎				
	小児用肺炎球菌			おたふくかぜ				
	五種混合 四種混合 (三種混合 ・ポリオ・ヒブ)			その他				
	ヒブ							
保健センター等での健康診断		4か月健診 (済 ・ 未)		10～11か月健診 (済 ・ 未)		1歳半健診 (済 ・ 未)		3歳健診 (済 ・ 未)
既往歴	1. これまでの大きな病気 年 月 日			現在： 完治 ・ 経過観察 ・ 通院中				
	病名：							
	2. 熱性けいれん 初回 才 ヶ月			熱：	℃	症状：		
	最後 才 ヶ月			合計：	回			
	3. アレルギー症状							
	気管支喘息 ： 無 ・ 有							
	(詳細にお書きください)							
	アトピー ： 無 ・ 有							
	(詳細にお書きください)							
	食物 ：							
	薬物 ：							
	動物 ：							
薬 ：								
その他：								
脱臼	年 月 日			右肘 ・ 右肩 ・ 左肘 ・ 左肩 回				
	現在： 完治 ・ 経過観察 ・ 通院中							
その他健康面で気になる事等ございましたら、ご記入ください								

入園までのお子さまの状況

フリガナ		年 月 日生	お子さまの愛称
園児名		歳 ヶ月	ちゃん くん

食事の様子	食品アレルギー	有（ ） ・ 無	ショック状態の有無	有（ 歳 ヶ月 ） ・ 無
	食欲	1. よく食べる 2. 普通 3. あまり食べない 4. ムラがある		
	食べ方	1. スプーン、フォーク 2,スプーン、フォークと箸兼用 3,箸		
	偏食	有（ ） ・ 無		
	朝食	平均的な内容と量（ ）		
	好きな食べ物			
	嫌いな食べ物			
排泄	排泄の自立	1. 自立している 2. 寝る時だけおむつが必要（午睡・夜） 3. まだ自立していない		
	心配な点など			
着脱	衣服の着脱	1. ひとりのできる 2. まだよくできない		
睡眠	平均の時間	夜（ ）時 ～ （ ）時 平均（ ）時間		
言葉を使い始めたのはいつ頃ですか		歳 ヶ月頃	歩き始めたのはいつ頃ですか	歳 ヶ月頃
お子さまの成長で小児科等に相談されたことがありますか。		なし ・ ある（具体的に ）		
どんな遊びが好きですか				
誰とよく遊びますか		同年代の子ども ・ 父 ・ 母 ・ その他（ ）		
プレ保育に参加された経験はありますか		ない ・ ある（なぎさぐみ ・ 他園 ・ その他（ ）		
お子さまはどのような性格ですか また、良い所はどこですか				
人見知りをしますか				
特に心配な点があればご記入ください				