プレスクール（第４期）申込書

令和　　年　　月　　日

学校法人　成晃学院　理事長　様

ふりがな		男・女	生年月日 令和　　年　　月　　日生
お子さんの氏名			
お家での呼び名			
住所	〒		
電話			
携帯	母：　　父：		
主な送迎者			

仕事先	続柄	氏名	勤務先名及び緊急時連絡先
	父		電話
	母		電話
兄姉に卒園生又は在園生がいる場合は年齢と氏名をご記入ください。		在園生　　組・卒園生　　歳	氏名
		在園生　　組・卒園生　　歳	氏名
		在園生　　組・卒園生　　歳	氏名

保護者以外の緊急連絡先	ふりがな 氏　名	続柄（　　）
	電話	
	携帯	
	住所	〒

お子さんのことについておたずねします。
当てはまる事項に☑をしていただき（　　）内に記入してください。

普段の様子で当てはまることに☑をしてください。	□名前を呼ぶと振り向いて呼んだ人を見る □単語・２語文を話せる □スキンシップを嫌がらない □走ることができる □制止されるとやめたり止まったりできる

裏面に続く

排　泄	□オムツである □パンツへのトレーニング中である □トイレを知らせる □自分で排泄ができる （大便後）　□ひとりで拭ける　　□ひとりで拭けない 気をつけてほしいこと （　　）
平熱	（　　）℃
既往歴	□水ぼうそう（　　）歳 □おたふくかぜ（　　）歳 □その他（　　）
分かっている場合は☑をしてください。	□熱が出やすい □嘔吐しやすい □下痢しやすい □便秘しやすい □風邪をひきやすい □じんましんが出やすい □皮膚がかぶれやすい □小児ぜんそくがある □ひきつけ（けいれん）がある その時の発熱（無・有）→（　　）℃くらい いつ頃・何回（　　） □脱臼したことがある　（部位：　　） □ヘルニア（脱腸）になる □心疾患がある □中耳炎にかかったことがある
アレルギーがあれば教えてください。	
健診の状況	４カ月健診　　（受診・未受診） １歳６カ月健診（受診・未受診） お子さんの発育・発達について過去、現在利用している、または今後相談、利用する予定のある施設はありますか。 （例：すこやか・約束クリニック・つくし園・くまさん教室・家庭児童相談課） （無・有）（施設名：　　）
その他、気をつけてほしいこと （その他疾患、性格、食べ物の好き嫌い等）	