受付No.

面接調査票

ふりがな 幼児氏名		男 女	生年月日	平成・令和　　年　　月　　日	
保護者氏名			幼児との続　柄		
現住所	〒				
緊急連絡先①			幼児との続　柄		学区
緊急連絡先②			幼児との続　柄		
保護者 勤務先/連絡先					
Eメールアドレス					

	氏名	続柄	生年月日	年令	本園に在園	本園を卒園
家族の状況						

過去に在園、または 現在在園中の幼稚園・保育園	園名 あり（　　）　なし
アレルギー　無　・　有	品目：
既往症	宗教
3歳児検診や日常の生活”の中で心身の発達・言語の発達等に気になるところはありますか？	はい　・　いいえ
熱性けいれん・癲癇等の症状を起こしたことがありますか？	
無　・　有	（かかりつけ病院：　　対応等：
呼吸器系の疾患はありますか？	
無　・　有	（病院名：　　病名：
現在または過去において、下記の施設等でご相談やご指導をうけられたことがありますか？	
□　①子ども家庭支援センターに通所している又は通所していた。	
□　②その他療育機関等に通所している又はしていた。	
□　③受けていない	
何かお子様の事でお知らせしたい事があればご記入ください。	

※本票は入園願書とともにご提出ください