

面接調査票						
ふりがな			男	生年月日	平成・令和 年 月 日	
幼児氏名			女			
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						
家族の状況	氏名	続柄	生年月日	年齢	本園に在園	本園を卒園
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？						
<input type="checkbox"/> 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。						
<input type="checkbox"/> ②その他療育機関等に通所している又はしていた。						
<input type="checkbox"/> 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