

令和9年度 幼児の状況調査票

幼稚園

幼 児	ふりがな 氏 名				性 別 男 ・ 女		生 年 月 日 令和 年 月 日	
	住所 南風原町字				緊急 連絡 先	連絡のつきやすい電話番号		優先順
家 族 構 成	氏 名(ふりがな)		続 柄	年 齢		職 場 名 ・ 学 校	続柄 ()	携帯 (自宅) 職場
						続柄 ()	携帯 (自宅) 職場	
						預かり保育 の利用		☐ 利用する ☐ 利用しない
						出 生	出生体重(g) 現体重(kg) 平熱(度)	
						保 育 状 況	該当する項目へチェックしてください。 ☐ 家庭保育	
							☐ 保育園 (才から 才まで) ・通っていた保育園 () ・保育園での加配について (無し ・ 有り)	
							☐ 幼稚園 (才から 才まで) ・通っていた幼稚園 ()	
							☐ その他施設(子育て支援センター 等) ・利用施設 ()	
担任の 先生に 知ってもら いたいこと		①発達状況 ☐ 良好 ☐ 少し遅れている ☐ 遅れている ☐ 気になる						
		①-②気になる点 (該当する項目へチェックお願いします 複数可)						
		☐ 特になし ☐ 言葉 ☐ 偏食 ☐ 落ち着きがない ☐ カッとなる ☐ 手を出してしまう ☐ 気持ちの切り替えが難しい						
		①-③診断名がある場合は記載をお願いします (診断名:)						
		①-④療育手帳等や特別児童扶養手当障害認定通知書または有期再認定通知書の有無 ☐ なし ☐ あり→(手帳または通知書の種類:)						
		①-⑤児童デイサービス利用の有無 ☐ なし ☐ あり→(施設名:)						
		②3歳児健診 ☐ 良好 ☐ 所見あり(内容:) ☐ 未受診						
		③てんかん性 ☐ なし ☐ あり→ 発作の回数 ☐ 毎日 ☐ 週____回 ☐ 月____回 ☐ その他						
		④熱性けいれん ☐ なし ☐ あり→(____度以上から連絡要)						
		⑤その他 ☐ 特になし ☐ 視力が弱い ☐ 聴力が弱い ☐ 喘息がある ☐ 車酔いする						
		⑥かかりつけの病院 (病院名: 電話:)						
		⑦その他知っておいてほしい事項						
加配保育希望 ※発達がゆっくりな子等にサポート行う特別 支援員(加配の先生)を配置希望する				☐ なし ☐ あり→(理由) ※加配の配置につきましては、聞き取り等調査を行った上で決定しますので、ご希望に添えない 場合もあります。				
特 異 体 質 (アレルギー等)				☐ なし ☐ あり→(才頃から) 除去の必要 ☐ なし ☐ あり アレルギー食品名 ()				
アナフィラキシーショックについて				☐ なし ☐ あり		エピペン所持		☐ なし ☐ あり
入院 ・ 手術歴について				☐ なし ☐ あり→(時期: 病名:)				

・提供していただいた個人情報について、園教育活動やPTA活動にて使用することがあります。	☐ わかりました
・入園後の園児活動の様子(写真)をHP等に掲載することに同意しますか。	☐ 同意する ☐ 同意しない

令和9年度 幼児の状況調査票

幼稚園

幼児	ふりがな <u>はえばる いちろう</u>				性別		生年月日	
	氏名 <u>南風原 一郎</u>				<u>男</u> ・ 女		令和 <u>3</u> 年 <u>5</u> 月 <u>2</u> 日	
住所	南風原町字 兼城 ○○番地 □□□アパート 101				緊急連絡先	連絡のつきやすい電話番号		優先順
						続柄 (母)	携帯 (自宅) <u>090-0000-1111</u> 職場 <u>098-000-1234</u>	<u>1</u> <u>3</u>
家族構成	氏名 (ふりがな)		続柄	年齢	職場名・学校	続柄 (父)	携帯 (自宅) <u>080-0000-1111</u> 職場 <u>098-111-1234</u>	<u>2</u> <u>4</u>
	<u>はえばる たろう</u>		父	35	(株)○○商事			
	<u>南風原 太郎</u>							
	<u>はえばる はなこ</u>		母	35	△△スーパー	預かり保育の利用 ☒ 利用する ☐ 利用しない		
	<u>南風原 花子</u>							
	<u>はえばる いちろう</u>		本人	5	□□保育園	出生	出生体重(<u>3000</u> g) 現体重(<u>18</u> kg) 平熱(<u>36.5</u> 度)	
	<u>南風原 一郎</u>							
	<u>はえばる じろう</u>		弟	2	□□保育園	保育状況	該当する項目へチェックしてください。 □家庭保育	
<u>南風原 次郎</u>		☒ 保育園 (<u>1</u> 才から <u>4</u> 才まで) ・通っていた保育園(<u>○○○</u> 保育園) ・保育園での加配について(<u>無し</u>) ・ 有り)						
					□幼稚園 (才から 才まで) ・通っていた幼稚園()			
					□その他施設(子育て支援センター 等) ・利用施設()			

担任の先生に 知ってもらいたいこと	①発達状況 ☒ 良好 ☐ 少し遅れている ☐ 遅れている ☐ 気になる	
	①-②気になる点 (該当する項目へチェックお願いします 複数可)	
	☒ 特になし ☐ 言葉 ☐ 偏食 ☐ 落ち着きがない ☐ カットとなる ☐ 手を出してしまう ☐ 気持ちの切り替えが難しい	
	①-③診断名がある場合は記載をお願いします (診断名:)	
	①-④療育手帳等や特別児童扶養手当障害認定通知書または有期再認定通知書の有無 ☒ なし ☐ あり(手帳または通知書の種類:)	
	①-⑤児童デイサービス利用の有無 ☒ なし ☐ あり→(施設名:)	
	②3歳児健診 ☒ 良好 ☐ 所見あり(内容:) ☐ 未受診	
	③てんかん性 ☒ なし ☐ あり→ 発作の回数 ☐ 毎日 ☐ 週____回 ☐ 月____回 ☐ その他	
	④熱性けいれん ☒ なし ☐ あり→(____度以上から連絡要)	
⑤その他 ☒ 特になし ☐ 視力が弱い ☐ 聴力が弱い ☐ 喘息がある ☐ 車酔いする		
⑥かかりつけの病院 (病院名: <u>○○○○小児科</u> 電話: <u>098-○○○-○○○○</u>)		
⑦その他知っておいてほしい事項		

加配保育希望 ※発達がゆっくりな子等にサポート行う特別 支援員(加配の先生)を配置希望する	☒ なし ☐ あり→(理由:) ※加配の配置につきましては、聞き取り等調査を行った上で決定しますので、ご希望に添えない 場合もあります。		
特異体質 (アレルギー等)	☒ なし ☐ あり→(才頃から) 除去の必要 ☐ なし ☐ あり アレルギー食品名()		
アナフィラキシーショックについて	☒ なし ☐ あり	エピペン所持	☒ なし ☐ あり
入院・手術歴について	☒ なし ☐ あり→(時期: 病名:)		

・提供していただいた個人情報について、園教育活動やPTA活動にて使用することがあります。	☒ わかりました
・入園後の園児活動の様子(写真)をHP等に掲載することに同意しますか。	☒ 同意する ☐ 同意しない