

## 入園希望アンケート

学年： 年少 年中 年長

ふりがな		ふりがな	
幼児名	(男・女) 平成 年 月 日生	保護者名	
住所	Tel ( ) -		
兄/姉	<input type="checkbox"/> 在園児 氏名_____ ( 組) <input type="checkbox"/> 卒園児 氏名_____ (小学 年生)		

1. めぐみ幼稚園に入園を希望した理由は何ですか。

2. その他、感じたことをご記入ください。

3. 下記の質問にお答えください。該当する項に✓を付けてください。

- |       |                                 |                                     |                                 |
|-------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| 1) 排泄 | <input type="checkbox"/> 介助を要する | <input type="checkbox"/> どうにか1人で出来る | <input type="checkbox"/> 1人で出来る |
| 2) 箸  | <input type="checkbox"/> 介助を要する | <input type="checkbox"/> どうにか1人で出来る | <input type="checkbox"/> 1人で出来る |
| 3) 衣服 | <input type="checkbox"/> 介助を要する | <input type="checkbox"/> どうにか1人で出来る | <input type="checkbox"/> 1人で出来る |
| 4) 靴  | <input type="checkbox"/> 介助を要する | <input type="checkbox"/> どうにか1人で出来る | <input type="checkbox"/> 1人で出来る |

4. 1) 1歳半健診 受診済 (助言：無 有\_\_\_\_\_ ) 未受診  
2) 3歳児健診 受診済 (助言：無 有\_\_\_\_\_ ) 未受診

5. 家庭での状況 (運動、遊び、言葉、理解力、人との係り方等)、心配事がありましたら、なるべく簡潔にご記入ください。

( )

アレルギー等についてお聞きします。該当項目に✓ をご記入ください。

6. アレルギーは、ありますか？ 有る 無い

有るに✓を記入された方は、下記質問にお答えください。

食物アレルギー	<p>①アレルギー症状を起こす特定食物 <input type="checkbox"/>小麦 <input type="checkbox"/>卵 <input type="checkbox"/>乳製品 <input type="checkbox"/>蕎麦 <input type="checkbox"/>大豆 <input type="checkbox"/>落花生 <input type="checkbox"/>青魚 <input type="checkbox"/>その他( )</p> <p>②特定食物の摂取について ・家庭での食事： <input type="checkbox"/>完全除去 <input type="checkbox"/>量や調理法によっては、食べられる ・園での食事： <input type="checkbox"/>完全除去 <input type="checkbox"/>量や調理法によっては、食べられる</p> <p>③上記質問について、具体的にご記入ください。</p> <p>④摂取した時に出る症状と対応についてご記入ください。</p>
皮膚アレルギー	<p>①該当するアレルギー <input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/>動物アレルギー( ) <input type="checkbox"/>じんま疹 <input type="checkbox"/>その他( )</p> <p>②該当項目について、ご家庭での対応を具体的にご記入ください。</p>

7. 熱性けいれんは、ありますか？ 有る 無い

有るに✓を記入された方は、下記質問にお答えください。

熱性けいれん  (過去に____回程度)	<p>①けいれんが起きた時の年齢、体温をお聞きします。 _____歳頃 _____°Cくらい</p> <p>②主な症状・対応を具体的にご記入ください。</p> <p>③脳波の検査をしましたか。 <input type="checkbox"/>検査済み(検査結果： ) <input type="checkbox"/>未検査</p>
----------------------------	---

8. 上記以外の病歴はありますか？ 有る 無い

有るに✓を記入された方は、下記質問にお答えください。

病歴	具体的に病名、症状をご記入ください。
----	--------------------