

①保護者の就労状況

通勤時間	母の状況			父の状況		
	自宅 → 勤務地 (片道)		分	自宅 → 勤務地 (片道)		分
前職歴 (直近1年)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日 ~ 年 月 日)			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日 ~ 年 月 日)		
※以下は自営業または親族経営の会社にお勤めの方のみ、記入して下さい						
事業形態	<input type="checkbox"/> 経営主 <input type="checkbox"/> 配偶者経営 <input type="checkbox"/> 親族経営(続柄)			<input type="checkbox"/> 経営主 <input type="checkbox"/> 配偶者経営 <input type="checkbox"/> 親族経営(続柄)		
従事者 (該当すべてに チェック)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 () 人			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 () 人		

②出産予定の有無

出産予定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (出産予定日 20 年 月 日)
------	--

③兄弟姉妹で入園を希望される場合

兄弟姉妹で 同時に申込み をする方 ※①~④のいずれかを選 んでいただき、該当 の項目にチェックをお 入れください。	<input type="checkbox"/> ① 同時に入園でき、同園に入園のみ希望される方
	<input type="checkbox"/> ② 同時に入園できれば、別園に入園でもよい方 ※下記項目にもチェックをお入れください。 <input type="checkbox"/> 希望下位でも、同じ園を優先 <input type="checkbox"/> 別々の園でも希望順位を優先
	<input type="checkbox"/> ③ 1人だけでも入園希望の方 ※下記項目にもチェックをお入れください。 <input type="checkbox"/> (1) 1人が入園できる時 <input type="checkbox"/> 上の子を優先 <input type="checkbox"/> 下の子を優先 <input type="checkbox"/> どちらでも希望 <input type="checkbox"/> (2) 同時に入園できる時 <input type="checkbox"/> 希望下位でも同園優先 <input type="checkbox"/> 別園でも希望順位優先
	<input type="checkbox"/> ④ その他 ()

④子どもの健康・発育状況 ※下記事項の内容により、面接を行い、保護者の方から詳細をお伺いすることがあります。

出生時	出産週数 第 () 週 出生時体重 () グラム 退院日 (年 月 日) 出生時の異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 早期新生児期(生後1週間以内)の異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
健診結果 (直近)	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 経過観察(詳細:) <input type="checkbox"/> 指摘があった場合(詳細:)
既往歴	●先天性疾患や過去に入院(手術)したこと、または治療を要する病気にかかったことはありますか? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名: 期間:) ●現在治療中、経過観察中の病気等がありますか? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名: 期間:) ●ひきつけを起こしたことがありますか? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(時期: 状態:)
アレルギー	●今まで食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(食品名:) 症状: 時期:
その他	●日常使用しているお薬はありますか? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(薬名:) ●身体の発達・言語の発達等で気になること、またそのことで病院や施設に通ったことがありますか? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(詳細:) ●その他、お子さんの状況で気になることがありましたら、ご記入ください。 ()