

# Kids Bean 入園申込書

Kids Beanの会則(契約書)を承諾の上、  
下記の通り入園を申し込みます。

スポット 月極

申込日： 年 月 日

年 月 日 入園
----------

保護者身分証明書(現住所記載) 有 無 ( )  
お子さんの健康保険証 有 無 ( )  
乳児医療証 有 無 ( )  
SNS掲載 可 不可 書類返却

ふりがな		性別	血液型	生年月日
児童名		男・女	+/-	年 月 日(歳 ヲ月)
ふりがな				
自宅住所	〒			
保護者名	①	②		
	TEL	TEL		
勤務先 (部署等も)				
勤務先電話	TEL	連絡時,託児所と言って ○・× ( )		

## 緊急連絡先(家族、親戚、友人など)

連絡先名	間柄	電話番号	TEL
	預けることを 知ってる・知らない		
	間柄		TEL
	預けることを 知ってる・知らない		
	間柄		TEL
	預けることを 知ってる・知らない		TEL
	間柄		TEL
	預けることを 知ってる・知らない		

# 児童票/健康報告書

記: 年 月 日

ふりがな	性別	血液型	生年月日
児童氏名	男・女	+/-	年 月 日( 歳 カ月)

家庭での様子	食事	・食事状況 ( <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 卒乳 <input type="checkbox"/> 普通食 ※授乳、離乳食の方 ( ミルク 時間置き、 ml ) ( 離乳食 形状 ) ・量 朝( <input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 少 ) 昼( <input type="checkbox"/> 多・ <input type="checkbox"/> 普・ <input type="checkbox"/> 少 ) 夜( <input type="checkbox"/> 多・ <input type="checkbox"/> 普・ <input type="checkbox"/> 少 ) ・速さ ( <input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い ) ・偏食 ( <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ) 食材名( ) ・好きな食べ物 ( ) ・嫌いな食べ物 ( )		
	排泄	・小 便 ( <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> おむつ ) ・大 便 ( <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> おむつ ) ・おねしょ/おもらし ( <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> よくする ) オムツサイズ( )		
	睡眠	・昼 寝 ( <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> しない ) ・寝方( <input type="checkbox"/> 抱っこ寝 <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 一人で ) ・寝つき ( <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 悪 ) ・昼寝時間( 時 時間)		
	言葉	<input type="checkbox"/> 赤ちゃん言葉 <input type="checkbox"/> きちんと話す <input type="checkbox"/> どもる <input type="checkbox"/> その他( )		
	運動	<input type="checkbox"/> きちんと歩く <input type="checkbox"/> 歩くが転ぶ <input type="checkbox"/> 伝い歩きする <input type="checkbox"/> 歩行機なら歩く <input type="checkbox"/> つかまり立ちする <input type="checkbox"/> ハイハイする <input type="checkbox"/> 1人で座れる <input type="checkbox"/> 寝返りする <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	性格	<input type="checkbox"/> 気が強い <input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 甘えん坊 <input type="checkbox"/> 人見知り <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 素直 <input type="checkbox"/> 内気 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	遊び	・遊び方 ( <input type="checkbox"/> 1人で <input type="checkbox"/> 兄弟と <input type="checkbox"/> 友だちと <input type="checkbox"/> 家族と ) ・好きな遊び ( )		

持病や症状	・ぜんそく ・腹痛 ・ひきつけ ・扁桃炎 ・下痢 ・便秘 ・おう吐 ・口内炎 ・脱臼 ・その他( )
	・アトピー性皮膚炎について なし・あり(症状: )
	・アレルギー性鼻炎について なし・あり(物質:症状: )
	・食品アレルギーについて なし・あり(食品、症状: )

病歴	・はしか ( / / ) ・突発性発疹 ( / / ) ・水ぼうそう ( / / ) ・手足口病 ( / / ) ・風しん ( / / ) とびひ ( / / ) ・おたふくかぜ ( / / ) ・その他 ( / / )
----	---

※予防接種については母子手帳の写しをお願いします。

特記事項 (伝えておきたいことなど)
--------------------

健康状態	・よい ・通院中 ・やや悪い ・服薬中 ・直近、1週間以内での病気、けがの有・無 ( )	医師の証明	・コメント 病院名 医師名
------	--	-------	---------------------

※食物アレルギー、その他持病がある場合、必ずお願いします