令和９年度　幼児理解票　①

秘

学校法人ここから　認定こども園　矢上幼稚園
こもれびnursery

ふりがな		男・女
園児氏名		
現住所	〒　　－ ☎	
生年月日	年　月　日生	

家族写真

※送迎の際の確認に必要です。
（縦５ｃｍ×横7ｃｍ）

健康保険証	名称	記号	番号

緊急連絡先	①	携帯・その他(　　)☎	(　　)
	②	携帯・その他(　　)☎	(　　)
	③	携帯・その他(　　)☎	(　　)

※必ず連絡がつき、緊急時にお迎えに来られる方のお名前、連絡先を①から順にご記入ください。

家族及び同居人

続柄	氏名	生年月日	勤務先または学校名・学年	在籍・卒園者
ふりがな		S H R ・　・	勤務先名 勤務先の電話番号　(　　)	
ふりがな		S H R ・　・	勤務先名 勤務先の電話番号　(　　)	
ふりがな		S H R ・　・	勤務先又は学校名 電話番号　(　　)	
ふりがな		S H R ・　・	勤務先又は学校名 電話番号　(　　)	
ふりがな		S H R ・　・	勤務先又は学校名 電話番号　(　　)	
ふりがな		S H R ・　・	勤務先又は学校名 電話番号　(　　)	
ふりがな		S H R ・　・	勤務先又は学校名 電話番号　(　　)	

入園前の状況	園　名	☎
	年　月　日　～　年　月　日　迄	
	園　名	☎
	年　月　日　～　年　月　日　迄	

令和 9 年度

幼児理解票 ②

学校法人ここから　認定こども園　矢上幼稚園
こもれびnursery

（園児氏名　　）　　幼児の状況　　年　　月　　日

主として世話をした人		しつけ	きびしい ・ 普通 ・ あまい
現在の健康	元気 ・ 普通 ・ 弱い / かかりやすい病気（　　）		
耳の異常	・ 耳垂れが出る ・ よく聞こえない ・ その他(		
目の異常	ない ・ ある（	視 力	常 ・ 弱視 ・乱視 ・ 斜視 ・ その他(
既往症			
今までに受けた予防接種	三種混合（ＤＰＴ）・ＢＣＧ(結核)・ポリオ(急性灰白髄炎)・日本脳炎 麻しん、風疹（ＭＲ）・その他（　　）		
かかりつけの病院	内科・小児科	歯科	血液型　　型
	皮膚科	外科	健康時の体温　　度　　分
乗り物酔い	酔わない ・ 酔う： バス ・ 船 ・ その他（　　）		
食　事	好きな食べ物：　　嫌いな食べ物：		
	牛乳 飲める　　飲めない （理由		
	パン 食べる　　食べられない(理由		
	はしを使う ・ スプーンを使う / 利き手 右 ・ 左 ・ 両方		
アレルギー	ある (食物 ・ 薬物 ・ 花粉 ・ ハウスダスト ・ 動物 ・ 虫 ・		
睡眠時間	起床　　時　　分 ・ 就寝　　時　　分		
衣服の着脱	一人で着脱ができる　　手伝うと着脱ができる　　着脱ができない		
排泄	一人で行く ・ 行けない	小 便	近い ・ 普通 ・ 遠い
	使用しているのは ⇒ パンツ ・ トレーニングパンツ ・ おむつ		

幼児理解票②　　（園児氏名　　）　NO.2

乳幼児健康診査の受診状況	４か月　１歳６か月　３歳６か月	
	特記事項	
これまでの発達状況	出生時の体重（　　g）	
	出生時の異常　なし　あり（	
	言葉（単語）が出始めた時期（	
	歩き始めた時期（	
	けいれんを起こしたことがある　ない　ある（いつ頃	
現在の発達状況 （　歳　ヶ月）	○走ることができますか？	はい　・　いいえ
	○階段の上り下りができますか？	はい　・　いいえ
	○積木で積み上げたり、横に並べることができますか？	はい　・　いいえ
	○テレビや大人の身振りの真似をしますか？	はい　・　いいえ
	○２語文などを言いますか？	はい　・　いいえ
	○色の識別がわかりますか？	はい　・　いいえ
	○落ち着きがなく動きが多いと感じますか？	はい　・　いいえ
	○特定のものに執着がありますか？	はい　・　いいえ
	○怒りっぽかったり、癇癪を起こすことはありますか？	はい　・　いいえ
	○お子様の発育に関して心配なことがありますか？	はい　・　いいえ
	○子育てについて気軽に相談できる人はいますか？	はい　・　いいえ
	◎療育施設等への通所経験がある（施設名　　）	
好きな遊び		
お子様の性格		
その他気になること		