

# Student Information Sheet

## <生活調査票>

Date (記入日)

20 / /

Year 年 Month 月 Date 日

Entrance Date (入学日)

20 / /

Year 年 Month 月 Date 日

平熱

本人	ふりがな	ローマ字	生年月日/性別	
	氏名		和暦 年 月 日 男・女	
	現住所【〒 - 】	自宅電話番号 / FAX		
	TEL: - -	FAX: - -		
現在通っている幼稚園または保育園 :		幼稚園・保育園 組		
現在通っている小学校 :		小学校 年 組		

同居家族	氏名	続柄	生年月日	勤務先/通学先	趣味特技

送迎方法:  徒歩  自転車  送迎無し  車 (スクール内駐停車不可: 近隣パーキングにてお願いします)

スクールへ送迎される方 ※写真のない方へは、お子さまのお引渡しはいたしかねます。

送迎	お子さまの写真			
	名前	名前	名前	名前
	続柄	続柄	続柄	続柄

傷病 関連	予防接種	風疹 ・ はしか ・ ツベルクリン ・ BCG 三種混合 【 第1期 ・ 第2期 】 ・ ポリオ 【 1回目 ・ 2回目 】		
	かかりやすい病気	【病名】		
		【手当の方法】		
	既往歴【怪我】	【腕が抜けた・骨折等】		
	既往歴【病気】	麻疹（はしか） ・ 風疹 ・ 水ぼうそう ・ プール熱		
		百日咳 ・ りんご病（伝染性紅斑） ・ おたふく風邪		
		溶連菌感染症 ・ インフルエンザ（A型・B型・新型） ・ 肺炎		
		川崎病 ・ 中耳炎 ・ 肝炎 ・ 熱性けいれん		
		ひきつけ ・ アトピー性皮膚炎 ・ ノロウイルス		
	血液型	型 RH（ + - ）		
かかりつけの病院	病院名		電話番号 - -	
			担当医師名 先生	
食事 関連	好き嫌い	多い ・ 少しある ・ ない		
	特に好きな物		特に嫌いな物	
	アレルギー	ない ・ ある（アレルギー名）		※診断書の有無 ない ・ ある
	食べては いけない物	品目		
		理由		
	家族揃って	食事をする（1日 回） ・ しない		
	間食	する（1日 回 時頃 ・ 特に時間指定はなし） ・ しない		
動物アレルギー	ない ・ ある（アレルギー名）			
虫よけスプレー 虫さされ薬 消毒液	アレルギー	ない ・ ある（アレルギー名）		
	使用しては いけない物	品目		
		理由		
お子さまの性格・特徴を教えてください				
<input type="checkbox"/> 明るい・陽気 <input type="checkbox"/> 正直・素直 <input type="checkbox"/> 穏やか <input type="checkbox"/> 人懐っこい <input type="checkbox"/> マイペース・のんびり <input type="checkbox"/> 冷静・動じない <input type="checkbox"/> 優しい <input type="checkbox"/> 照れ屋・内気 <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> やんちゃ <input type="checkbox"/> その他（ ）				
-----				
好きなこと（読書・運動・歌 など） :				
どの様な人になってほしいと考えていらっしゃいますか				
ご家庭のしつけに関してお書きください（しかり方、ほめ方、悩み事など）				
教育に関するご希望がございましたらお書きください				
その他、お子さまについて、スタッフへの伝達事項等ございましたらお書きください（性格など）				

質  
問  
事  
項