

※太わく欄を記入の上、確認の係へ出してください。

児童	ふりがな	おぞの はなこ	性 別	男 女	生年 月 日	令和 ○○年○○月○○日
	名前	小園 花子				
	現住所	尼崎市 若王寺3丁目23-1				
保護者	ふりがな	おぞの たろう	家庭への 連絡方法	電話 06-(○○○○)-△△△△		
	名前	小園 太郎		携帯電話 090-○○○○-□□□□		
以下【問診記録】の欄までご記入ください。						
兄弟姉妹関係 小園小学校に在学中の兄弟姉妹がいましたら お書きください。			3年 2組 (小 園 一 郎) 5年 3組 (小 園 丸 子) 6年 1組 (小 園 二 郎) ※現在の学年・クラスをお書きください。			
所属幼稚園名・保育所名		入園・入所: ○○年 ○月 [幼稚園名・保育所名] 卒園・卒所: ○○年 ○月 []				
入学までの転居予定		・ない ・ある (市内 ・ 市外) ※「ある」と答えた方で、転学先等が分かるようであればお書き下さい。 []				
問診記録 …(学校で知っておいた方がよいと思われることをお書きください。)						
※目、耳について (例 遠視、難聴など)			・ない ・ある			
※病気について (例 腎炎、ひきつけ、 心臓の病気など)			・ない ・ある			
※アレルギー【食物以外】のこと			・ない ・ある			
※「ある」とお答えいただいた方は、どのようなことが 具体的にお書きください。			[]			
※入学にあたって、その他に気がかりなことがあればお知らせください。						

※下の欄は記入しないでください。

面 接 記 録	
	サイン()