



Student's Number: 25678-
開始日 :           年           月           日

	Class / Course	Day	Time	写真

## Application Form (入学申込書)

Date of Application (申し込み日)		年	月	日			
Name (お子さまの名前)	ふりがな/ローマ字						
	漢字						
Parent's name (保護者名)							
Date of Birth (生年月日)		年	月	日	( 才 か月)	血液型 :	男 ・ 女
Address (ご住所)		〒					
Contact Number/s (連絡先)		Home . Office . Mobile					
Emergency (緊急時連絡先)	1	氏名 (ふりがな・ローマ字)	続柄		緊急時連絡先 携帯 : 自宅or勤務先 :		
	2	氏名 (ふりがな・ローマ字)	続柄		緊急時連絡先 携帯 : 自宅or勤務先 :		
	3	氏名 (ふりがな・ローマ字)	続柄		緊急時連絡先 携帯 : 自宅or勤務先 :		
e-mail (メールアドレス)							

Reference (RS Englishを知ったきっかけ) :

Reason/s for joining RS English (RS Englishに参加された目的) :

Photos (フェイスブック等での写真掲載可否) :

YES	NO
-----	----

Notes (注記) :

お子さんについて:

Allergies (アレルギー等)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (物質名と症状: _____) <input type="checkbox"/> 食物、どうぶつ、薬・その他アレルギーがあり、検査で陽性反応あり <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショックの経験: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 歳 か月ごろ) <input type="checkbox"/> 検査はしていない、または陰性だったが控えている (控えている理由: _____)	
	Seizure (熱性けいれん) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 回数: 約 _____ 回 (初回 _____ 歳 か月ごろ・最後 _____ 歳 か月ごろ)	
その他健康	現在、通院・経過観察中の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒具体的に: _____
	常用している薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒(1日 _____ 回) 疾患名 _____ 薬名: _____
	既往歴など留意してほしいこと	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒具体的に: _____
委託経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 身内・外部 (託児経験: <input type="checkbox"/> 1回利用 <input type="checkbox"/> 2~5回利用 <input type="checkbox"/> 6回以上もしくは定期的に利用)	
生活リズム	日常の生活の様子をお聞かせください (睡眠は「睡眠」、食事、遊び時間は「あそび」などご記載ください。) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 0	
好きなあそび		
食事	段階	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 離乳食 (回数: _____ 回/1日、段階: <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了)
	食べ方	<input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 自分で食べることができるが一部介助 <input type="checkbox"/> 最後まで自分で食べることができる ( <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 箸 (右・左) )
	その他留意点	<input type="checkbox"/> 小食 <input type="checkbox"/> 食ベムラがある <input type="checkbox"/> 食べるのが遅め <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
排泄	オムツ/パンツ	<input type="checkbox"/> オムツ常時着用 <input type="checkbox"/> オムツ午睡・就寝時のみ着用 <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ着用 <input type="checkbox"/> パンツ常時着用
	トイレ (尿)	<input type="checkbox"/> トイレできない <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人できる ( <input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない )
	トイレ (便)	<input type="checkbox"/> トイレできない <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人できる ( <input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない )
午睡	午睡の有無	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> する (午睡時間: _____ 時~ _____ 時)
	寝つき等	<input type="checkbox"/> すぐに眠る <input type="checkbox"/> 眠るまで時間がかかる <input type="checkbox"/> 眠りが浅く途中で起きてしまう <input type="checkbox"/> 眠ることを嫌がる
	ご家庭での午睡時の誘導	(例) 抱っこでゆらゆら、添い寝でトントン、好きなタオルやおしゃぶりをもちて寝る等
体質	<input type="checkbox"/> ゼイゼイ言う <input type="checkbox"/> 咳がしやすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 鼻血がしやすい <input type="checkbox"/> じんましんが出やすい <input type="checkbox"/> 肌が弱い <input type="checkbox"/> 肘が抜けやすい (右・左)	
言葉	<input type="checkbox"/> 喃語 (なんご) <input type="checkbox"/> 単語がでる <input type="checkbox"/> おとなの言葉に反応 <input type="checkbox"/> 簡単な会話ができる <input type="checkbox"/> 普通に会話ができる	
	<input type="checkbox"/> よくしゃべる <input type="checkbox"/> あまり話さない <input type="checkbox"/> はっきりしている <input type="checkbox"/> わかりにくい・どもる <input type="checkbox"/> 言葉が遅め	
	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
対人	<input type="checkbox"/> 人見知りしない <input type="checkbox"/> 人見知りする (お友だちと: <input type="checkbox"/> 一緒に遊ぶのが好き <input type="checkbox"/> 大人は慣れていない <input type="checkbox"/> 手が出ることもある <input type="checkbox"/> 噛むことがある)	
散歩	<input type="checkbox"/> 散歩・外あそびが好き <input type="checkbox"/> 外あそび (公園など) は慣れていない <input type="checkbox"/> 歩くのが苦手 <input type="checkbox"/> 手をつなぐことを嫌がる <input type="checkbox"/> 1人でもどこかへ行ってしまう <input type="checkbox"/> その他、気をつけてほしいこと: ( _____ )	
その他	保育を利用するにあたって、心配なこと・配慮してほしいこと・伝えておきたいこと	