

受験番号 No.	令和9年度 学校法人渋谷教育学園 渋谷本町こども園 調査書				学年齢（入園時） 年少・年中・年長
ふりがな			性別	ご家庭での 呼び名	生年月日
出願者氏名					年 月 日生 (西暦でご記入ください)
住所	〒 ー			電話番号（緊急連絡できる番号）	
				①	
				②	
同居の 家族 状況	出願者との続柄	氏名	生年月日	記入時の年齢	職業・在学学校名

お子さんについて					
出生時身長	cm	出生時体重	kg	健康状態	丈夫・普通・虚弱
既往症・持病	麻疹（はしか） 耳下腺炎（おたくふかぜ） 風疹（3日はしか） 水痘（水ぼうそう） 手足口病 伝染性紅斑（りんご病） その他（ ）				
予防接種	B型肝炎 肺炎球菌 Hib（ヒブ） 4種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ) ロタウィルス BCG(結核) 麻疹・風疹 水痘(水ぼうそう) 日本脳炎 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) その他（ ）				
アレルギー	なし・あり 食物（ ） その他（ ）				
入園前保育歴					
お子さんについて	長所				
	短所				
	好きな遊び				

本園志望理由		
ご家庭での教育方針	日々の子育てで大切にしていること	
	基本的な生活習慣についての教育方針	(睡眠、食事、排便・排尿、衣服の着脱、清潔などのしつけについて)

〈個人情報の取り扱いについて〉

出願及び入園手続きにあたってお知らせいただいた氏名、生年月日、住所、その他の個人情報は、
 ①入園審査実施 ②合格発表 ③入園手続き及びこれらに付随する事項 を行うために利用します。
 入園希望者及び保護者の個人情報を第三者に提供することはありません。