



入園申込書

姓		名	
アルファベット表記 ※出席簿、名札、評価シートなどに利用			
Last Name (姓)		First Name (名)	
生年月日 (西暦)	年	月	日
年齢		国籍	
性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		母国語	

写真

400mm×350mm

自宅住所 〒	最寄駅
線 駅	
当園への通学経路 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> その他 ()	

英語学習の経験 無 ・ 有

インターナショナルスクールや英会話教室などに在学中または在学していたスクール名と在学期間

保護者情報 1

(フリガナ)	姓	名	続柄	年齢	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
国籍	母国語		職業		
勤務先名	勤務先住所 〒				

保護者情報 2

(フリガナ)	姓	名	続柄	年齢	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
国籍	母国語		職業		
勤務先名	勤務先住所 〒				

兄弟・姉妹情報

名前	続柄	通学中の保育園・幼稚園・小学校名	学年・年齢	性別	当校の在校の有無 (現在・過去1年以内)
(フリガナ)				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> キンダーガーデン 校 <input type="checkbox"/> アフタースクール 校
(フリガナ)				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> キンダーガーデン 校 <input type="checkbox"/> アフタースクール 校

スクールからの連絡先 ▼電話番号/スクールからの連絡を受ける電話番号をご記入ください

連絡先 1	TEL	自宅・勤務先・携帯 (呼び出し名:)
連絡先 2	TEL	自宅・勤務先・携帯 (呼び出し名:)
緊急連絡先	TEL	お名前 (フリガナ)

▼メールアドレス/スクールからの各種連絡を受信するアドレスをご記入ください

連絡用メールアドレス	メールアドレス
	お名前 (フリガナ) (続柄:)



アレルギーや持病について

アレルギーや持病はありますか？はいと答えた場合は詳しく記入をお願いいたします。	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
平熱	度 いつも飲んでいる薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬名： 頻度：)
(アレルギーがある方のみ) スクールでの配慮が必要な場合、具体的に必要な配慮の内容をご記入ください。 ※当校では、おやつを提供したり、授業でも様々な素材を使います。小さな事でも配慮が必要であれば、こちらにご記入をお願いします。	
持病をお持ちですか？	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (ぜんそく ・ ひきつけ ・ 心臓病 ・ アトピー ・ 熱性けいれん ・ てんかん ・ 過呼吸 ・ その他)	
その他の具体的な病名	
(持病をお持ちの方のみ) スクールでの配慮が必要な場合、具体的に必要な配慮の内容をご記入ください。	
喘息などの発作及びその対処法	
普段飲んでいるお薬 (何の為に飲んでいるか、薬の名前など具体的にご記入下さい)	
かかりつけの病院が決まっている場合	
病院名	連絡先
※もしどの連絡先にも連絡が取れない場合、evoke communication academyの判断で子供のために最善の処置をとることを承認致します。	
日付 年 月 日 保護者氏名 印	

HEALTH HISTORY FORM (健康管理カード)

生徒氏名 (日本語)		(英語)		
性別	生年月日	身長・体重	平熱	血液型
緊急連絡先	御自宅		迎えに来る可能性のある人	
	携帯電話			
1	アレルギーのお薬・食べ物・その他			
2	喘息などの発作及びその対処法			
3	普段飲んでいるお薬 (何の為に飲んでいるか、薬の名前など具体的に記入下さい)			
4	かかりつけの病院が決まっている場合 病院名 連絡先			
※もし、上記のどの連絡先にも連絡が取れない場合、evoke communication academyの判断で 子供のために最善の処置をとることを承認いたします				
		日付 年 月 日 保護者氏名 _____ 印		



予防接種について

予防接種名	実施年月日
ツベルクリン反応	
BCG	
4種混合	1回目
	2回目
	3回目
	追加
麻疹/風疹	第1期
	第2期
B型肝炎	
ロタウィルス	1回目
	2回目
	3回目
水痘	
おたふくかぜ	
インフルエンザ菌b型	1回目
	2回目
	3回目
	追加
小児用肺炎球菌	1回目
	2回目
	3回目
	追加
日本脳炎	1回目
	2回目
	追加

次の病気にかかりましたか

病名	年月日
インフルエンザ	
百日咳	
麻疹 (はしか)	
おたふく	
風疹	
水疱瘡	
プール熱	
結核	
流行性角結膜炎	
突発性発疹	
溶連菌感染症	
りんご病	
手足口病	

検診結果をご記入下さい。

1歳半検診

3歳児検診

その他

園児表

evoke communication academy

/ / /

園児氏名 _____

・ 何時に起きますか _____ 時 ・ 何時に寝ますか _____ 時

・ 朝食は何時ですか _____ 時 ・ 夕食は何時ですか _____ 時

・ 服、靴、靴下をひとりで脱ぎ着出来ますか はい いいえ

・ スプーンや箸を使って食事が出来ますか はい いいえ

・ 食欲はありますか はい いいえ

1回の量はどれくらいですか _____

・ 好き嫌いがありますか はい いいえ

それはなんですか _____

・ 歯みがきはしますか はい いいえ

・ 一人でトイレに行けますか はい いいえ

・ どんな遊びが好きですか

室内： _____ 室外： _____

・ お子さんはどんな性格ですか _____

・ 集団生活の経験はありますか はい いいえ

・ お子さんにどのような人間になってほしいですか

・ スクールに何を一番望んでいますか？





【写真掲載承諾書】

当園では、今後日々の様子などをホームページや SNS などでご報告して行きたいと思っております。
つきましては、お子さまの活動中の写真などをホームページや SNS などに掲載することを保護者様にご承諾いただければ幸いです。
掲載の可否を下記用紙にご記入のうえ、スタッフにご提出ください。

令和 年 月 日

_____様(お子さまの名前)の写真が掲載されることを

承諾します

・制約なし

・制約あり (内容: _____ 例: 後ろ姿のみ)

承諾しません

(どちらかにチェック✓を入れて下さい)

保護者氏名: _____

健康診断書

[入所前 ・ 定期]



病院様 各位

evoke communication academy

園児の定期的な健康管理のため、下記の通り健康診断をお願い致します。

※氏名	(男 ・ 女)			
※生年月日	平成・令和 年 月 日生 (歳 ヶ月)			
※検診年月日	令和 年 月 日			
※測定	身長 c m	体重 k g	胸囲 c m	カウプ指数
※栄養状態	細身 ・ 普通 ・ 肥満			
尿	蛋白第一次 () その他の検査 ()			
脊椎・胸部の疾患	有 ・ 無			
眼の疾病及び視力	有 ・ 無 右 () 左 ()			
耳鼻咽喉頭疾患	有 ・ 無			
皮膚疾患	有 ・ 無			
※その他の疾病及び異常	有 ・ 無			
※医師所見				
※病院名 医師名	印			

※個人情報保護法にもとづいて、上記ご記入いただいた個人情報は適正に取り扱いいたします。

緊急時連絡表



お子様のお名前	ふりがな	
緊急時連絡先①	ふりがな	続柄
	お名前	
	電話番号	
	メールアドレス	
緊急時連絡先②	ふりがな	続柄
	お名前	
	電話番号	
	メールアドレス	
緊急時連絡先③	ふりがな	続柄
	お名前	
	電話番号	
	メールアドレス	
緊急時連絡先④	ふりがな	続柄
	お名前	
	電話番号	
	メールアドレス	
その他 連絡先	※職場の連絡先等、上記以外で連絡が付きやすいものがございましたらお知らせください。	

evoke communication academy

〒108-0072 東京都港区白金2-7-32-1F

Tel/Fax 03-6450-3919

E-mail: info_evoke@auntierosa.com