

第1号様式

# 入 学 志 願 書

沖縄県立\_\_\_\_\_学校長 殿

受検番号	※
------	---

貴校幼稚部に入学したいので、保護者と  
連名の上出願いたします。

令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

志願者\_\_\_\_\_

保護者\_\_\_\_\_ 印

写 真

(1) 旅券申請用判  
縦 4.5cm×横 3.5cm 程度

(2) 正面、上半身、無帽

(3) 出願前3ヶ月以内に  
撮影したもの

(4) カラー、白黒、両方可

(5) 写真の裏に氏名及び  
生年月日を記入

志 願 者	ふり 氏	がな 名		生年 月日	平成_____年_____月_____日生
				年齢 性別	歳 ( 男 ・ 女 )
	現住所	〒			
	保育経験				
保 護 者	ふり 氏	がな 名	志願者との続柄 ( _____ )		
	現住所	〒			
	電 話	(自宅)	(携帯)		

記入上の注意

- 1 受検番号※の欄は、記入しない。
- 2 年齢は、募集年度の3月31日現在で記入する。
- 3 性別の欄は、該当する文字を○で囲む。

第2号様式-1

健康診断書 (幼稚部受検者用)

ふりがな 氏名			出身保育 所等	
生年月日	年	月	日	修了(卒園) 年 月 日 修了(卒園)見込
視力	右	( )		
	左	( )		
聴力	右	異常なし・難聴		
	左	異常なし・難聴		
結核に関すること		問診票(裏面参照)		
		所見 ( 異常なし ・ 要管理 )		
疾病及び健康に配慮を要する事項				
記載事項を確認の上、そのとおり相違ないことを証明する。  年 月 日 所在地  名称  医師 印				

※視力・聴力の記入に関して、医師等の診断、検査をもとに記入するが、諸検査等を実施出来ない場合は、発達段階、障害の状態に合わせ日常的な生活の様子から詳細を記述する。

第2号様式-2

1. 結核に関する健康診断にかかる問診調査票(保護者が記載し、担当医と確認してください。)

保護者氏名 ( (印) )

調査内容		どちらかに○を付けてください	
質問 1	お子様は、 <b>過去2年間</b> に結核性の病気(例:肺浸潤、胸膜炎又は肋膜炎、頸部リンパ腺結核)にかかったことがありますか?	は い 年 月頃	いいえ
質問 2	お子様は、 <b>過去2年間</b> に結核に感染を受けたとして予防のお薬を飲んだことがありますか?	は い 年 月頃	いいえ
質問 3	お子様の、家族や同居人で <b>過去2年間</b> に、結核にかかった人がいますか?	は い 年 月頃	いいえ
質問 4	お子様は、過去3年以内に通算して半年以上、外国に住んでいたことがありますか?		は い   いいえ
	補問	※質問4で「はい」と答えた方へ	
	4-1	それはどこの国ですか? ( )	
質問 5	お子様は、この2週間以上「せき」や「たん」が続いていますか?		は い   いいえ
	補問	※質問5で「はい」と答えた方へ	
	5-1	お子様は、その「せき」や「たん」で医療機関において、治療や検査を受けていますか?	は い   いいえ
	5-2	お子様は、ぜんそく、ぜんそく性気管支炎などといわれていますか?	は い   いいえ
質問 6	お子様は、いままでBCGの接種(スタンプ式の予防接種)を受けたことがありますか? (母子健康手帳の予防接種の記録の欄を見てご確認ください)		は い   いいえ
	補問	※質問6で「いいえ」と答えた方へ	
	6-1	それはどうしてですか?	

2. これまでに接種した定期予防接種に○をつけてください。

(母子健康手帳の予防接種の記録の欄を見てご確認ください)

- ① DPT (第1期3回, 第1期追加)
- ② 麻しん・風しん(MR第1期)
- ③ 日本脳炎(第1期初回2回, 第1期追加)

※ まだ受けていない予防接種について受けなかった理由を記入してください。

第3号様式

専 門 医 の 診 断 書

現 住 所

氏 名

年 月 日生

病 名

※障害名

障 害 種 (※主障害を○で囲んで下さい)

視覚障害

聴覚障害

知的障害

肢体不自由

病弱・身体虚弱

所 見

(※検査名・検査結果があればご記入下さい)

上記のとおり診断する。

年 月 日

住 所

病 院 名

電 話

医師氏名

印

障害種別の専門医の診断によること