

新竹市東園國民小學附設幼兒園 幼兒綜合資料記錄表

一、 幼 兒 基 本 資 料	姓名		性別		出生年月日	民國	年	月	日	
	出生地		身分證字號 (請務必填寫)				血型			
	戶籍 住址	縣 鄉鎮 路 市 市區 里 鄰 街 巷 弄 號 樓之								
	通訊 住址	<input type="checkbox"/> 同戶籍住址 <input type="checkbox"/> 與戶籍住址不同，請填聯絡住址								
		縣 鄉鎮 路 市 市區 里 鄰 街 巷 弄 號 樓之								
	親屬	姓 名	國籍	年齡	教育程度	職業	服務機關	電話 (家裡/手機)		
	父親									
	母親									
	兄 人、姊 人、弟 人、妹 人				目前是否有兄弟姊妹		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，就讀者與班級：			
	<input type="checkbox"/> 曾就讀其他園所，名稱				一起就讀本校					
二、 生 活 狀 況 與 適 應	疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請繼續勾選下列選項： <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 早產 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 熱痙攣 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 慢性中耳炎 <input type="checkbox"/> 唐氏症 <input type="checkbox"/> 慢性支氣管炎 <input type="checkbox"/> 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 發展遲緩 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 過動 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 曾接受外科手術：_____ 照護注意事項：_____								
	飲食	<input type="checkbox"/> 食慾佳 <input type="checkbox"/> 食慾不佳 <input type="checkbox"/> 挑食 <input type="checkbox"/> 愛吃零食 <input type="checkbox"/> 特殊習慣_____								
	睡眠	<input type="checkbox"/> 獨睡 <input type="checkbox"/> 與家人共睡 (○父母 ○兄弟姊妹 ○其他_____)								
	情緒	<input type="checkbox"/> 好哭 <input type="checkbox"/> 笑口常開 <input type="checkbox"/> 遇到挫折能忍耐 <input type="checkbox"/> 常生氣 <input type="checkbox"/> 其他：_____								
	整潔	<input type="checkbox"/> 自己洗臉 <input type="checkbox"/> 自己刷牙 <input type="checkbox"/> 喜歡洗澡 <input type="checkbox"/> 喜歡洗頭 <input type="checkbox"/> 飯前便後會洗手 <input type="checkbox"/> 常修剪指甲								
	生活自理	<input type="checkbox"/> 會穿脫衣物 <input type="checkbox"/> 會穿脫鞋襪 <input type="checkbox"/> 飯後會刷牙或漱口 <input type="checkbox"/> 便後會自己擦拭 <input type="checkbox"/> 會收拾玩具 <input type="checkbox"/> 會上蹲式廁所								
	人際互動	<input type="checkbox"/> 喜歡與人接觸 <input type="checkbox"/> 害羞 <input type="checkbox"/> 主動大方 <input type="checkbox"/> 常與人發生衝突 <input type="checkbox"/> 迷糊 <input type="checkbox"/> 其他補充說明：_____ <input type="checkbox"/> 較親密的兄弟姊妹或成人：_____								
	母語背景	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 閩南語 <input type="checkbox"/> 客家語 <input type="checkbox"/> 原住民語：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____								
	特殊的睡眠問題									
	特別害怕的事物									
特殊的行為問題										

	什麼情況會與幼兒發生衝突		
	在家最喜歡的活動		
	最喜歡的戶外活動		
	特殊疾病狀況(含過敏體質)		
三、健康及緊急事件處理	其他應注意事項【如禁食牛肉、蠶豆，或不可食用海鮮…】		
	緊急聯絡人	關係	連絡電話
			(家裡)
			(手機或公司)
			(家裡) <input type="checkbox"/> 同上
			(手機或公司)
	(家裡) <input type="checkbox"/> 同上		
	(手機或公司)		
緊急事件處理順序	請依需要在 <input type="checkbox"/> 內填1、2、3順序		
	<input type="checkbox"/> 由園方先行處理，同時通知家長，必要時送往就近醫院。		
	<input type="checkbox"/> 若無法聯繫家長或情況特別緊急，則授權園方先行處理。		
	<input type="checkbox"/> 希望園方先聯絡父母，再由父母處理。		
緊急就醫醫院(請勾選)	1. <input type="checkbox"/> 指定醫院(請填寫) _____		
	2. <input type="checkbox"/> 授權園方決定，園方指定醫院為新竹馬偕醫院		
四、接送制度	主要接送人	關係	連絡電話
		1.	
		2.	
接送異動	<input type="checkbox"/> 由校外安親班接送		
	名稱：_____，電話_____，接送人姓名：_____		
	<input type="checkbox"/> 其他校內外團體：		
	名稱：_____，電話_____，接送人姓名：_____		
填表人		填表日期	

✚ 入學後餐點葷素：葷食 素食

✚ 入學後幼兒是否有參加16:00-18:00延長照顧班需求(需另外繳費) 是 否