

江翠國民小學附設幼兒園 幼兒綜合資料

幼兒家庭資料	幼生姓名		生日	年 月 日	性別	
	出生排行		兄__人 ; 姐__人 ; 弟__人 ; 妹__人			
	法定監護人	<input type="checkbox"/> 父母皆是 <input type="checkbox"/> 父單獨 <input type="checkbox"/> 母單獨 <input type="checkbox"/> 其他：				
	主要教養者	<input type="checkbox"/> 爸爸 <input type="checkbox"/> 媽媽 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 其他： <可複選打勾>				
	學習資源	<input type="checkbox"/> 電腦/平板 <input type="checkbox"/> 圖書 <input type="checkbox"/> 畫具 <input type="checkbox"/> 球類 <input type="checkbox"/> 滑步/腳踏車 <input type="checkbox"/> 樂器				
	經濟狀況	<input type="checkbox"/> 不穩定 <input type="checkbox"/> 穩定/良好 <input type="checkbox"/> 安穩				
	教養態度	<input type="checkbox"/> 能堅持底線 <input type="checkbox"/> 底線寬容 <input type="checkbox"/> 自由				

請家長詳填以下表格，作為照顧及輔導幼兒根據

生活狀況	幼兒在家飲食狀況？排斥的食物？是否自己進食？		幼兒是否能自在的獨自玩耍？(大人可以做自己的事，不用介入)大約多久？當下最常玩的活動是？	
	平常晚上幾點入睡、幾點起床？		經常一起玩的玩伴是？玩的活動是？	
	日常互動最多的手足或親友？		最愛看的電視節目、影片、卡通或動畫？	
	最常玩的玩具？最喜歡看的書？		一個禮拜約外出幾次？最常去的場所？	
	體力如何？最常做的運動？一個禮拜約幾次？		幼兒喜歡說話嗎？與誰說話最多？	
	幼兒曾有上過幼兒園的經驗嗎？		幼兒會自行如廁嗎？午睡會尿床？	
	排便順暢嗎？頻率為何？大多會在何時(早午晚)？		幼兒是否曾新冠確診？是何時？是否有特別狀況？	
	特別抗拒的人或事物？		特殊的行為狀況或問題？	
	什麼問題會讓您與幼兒發生衝突？		請簡述幼兒在家庭中呈現的個性或特質。	
其他	幼生手足姓名1	(歲)	幼生手足姓名3	(歲)
	幼生手足姓名2	(歲)	幼生手足姓名4	(歲)
填表人			日期	年 月 日

幼兒健康狀況及緊急連絡人調查表

幼兒姓名: _____ 血型: _____

為使教保服務品質提高,以利園方於契約期間盡最大照顧之責,請家長提供下列資料:

一、幼兒的身體狀況

1. 幼生疾病史或狀況: ☐ 無 ☐ 有, 請勾選 (☐ 早產 ☐ 異位性皮膚炎 ☐ 過敏性鼻炎 ☐ 氣喘 ☐ 慢性中耳炎 ☐ 慢性支氣管炎 ☐ 熱性痙攣 ☐ 蕁麻疹 ☐ 疝氣 ☐ 癲癇 ☐ 蠶豆症 ☐ 唇顎裂 ☐ 心臟病 ☐ 腎臟病 ☐ 糖尿病 ☐ 血友病 ☐ 視力異常 ☐ 視障 ☐ 聽障 ☐ 腦炎 ☐ 川崎病 ☐ 智能不足 ☐ 唐氏症 ☐ 自閉症 ☐ 腦性麻痺 ☐ 發展遲緩 ☐ 過動 ☐ 其他, 如遺傳疾病: _____)
2. 有無其他過敏狀況: ☐ 無 ☐ 有, 是何種狀況引起: _____
3. 禁止服用或接觸的過敏類別: ☐ 食物: _____ ☐ 藥品: _____
☐ 其他: _____
4. 特殊飲食習慣: ☐ 無 ☐ 有, 請說明: _____
5. 曾接受外科手術: ☐ 無 ☐ 有, 狀況: _____
是否需要後續追蹤: ☐ 無 ☐ 有, 請說明: _____
6. 要讓老師知道孩子的其他健康狀況: _____

二、幼兒就醫醫院

*發生嚴重之意外, 連絡不到家長, 緊急狀況急需就醫時:

☐ 不指定就醫之醫院, 直接送至鄰近學校的新北市醫院: 新北市立聯合醫院或亞東醫院。

☐ 家長指定就醫之醫院:

1. _____ 地址: _____
電話: _____
2. _____ 地址: _____
電話: _____

三、緊急聯絡人

優先聯絡 _____; 與幼兒關係為 _____, 電話 _____

第二順位 _____; 與幼兒關係為 _____, 電話 _____

第三順位 _____; 與幼兒關係為 _____, 電話 _____

★其他要讓老師知道的家庭訊息, 請說明: _____

幼兒父母或監護人簽名: _____

日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

新北市板橋區江翠國民小學附設幼兒園 幼生在校健康檢查紀錄表

一、基本資料：請家長協助填寫 <一、基本資料>

☆姓名：_____ 性別：☐男 ☐女 身分證字號：_____

☆出生日期：_____年_____月_____日 早產(預產日期：_____年_____月_____日)

☆父親姓名：_____ 出生年月：_____年_____月 ☐本國籍 ☐其他國籍：_____

☆母親姓名：_____ 出生年月：_____年_____月 ☐本國籍 ☐其他國籍：_____

☆新北市學前兒童發展檢核表—發展遲緩高危險因子<請勾選>

1. <input type="checkbox"/> 早產(懷孕期末滿36週) <input type="checkbox"/> 出生體重未滿2500公克 <input type="checkbox"/> 以上皆無
2. 先天性異常 <input type="checkbox"/> 染色體異常(如唐氏症、特納氏症等) <input type="checkbox"/> 頭顱顏面異常(如唇顎裂、外耳異常等) <input type="checkbox"/> 先天性新陳代謝異常(如苯酮尿症、甲狀腺功能低下等) <input type="checkbox"/> 水腦脊柱裂 <input type="checkbox"/> 頭骨提早密合 <input type="checkbox"/> 先天性心臟病 <input type="checkbox"/> 手足缺損畸形 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無
3. 產前、產程或產後問題： <input type="checkbox"/> 孕期前3個月感染德國麻疹 <input type="checkbox"/> 母親妊娠期有不正常出血安胎、糖尿病、妊娠毒血、梅毒、酗酒、抽菸 <input type="checkbox"/> 產程有胎心音下降、吸入胎便、呼吸窘迫、窒息缺氧須急救、住保溫箱：_____天 <input type="checkbox"/> Apgar 分數過低:5分鐘<7(或小於等於6)；請參考母子手冊的出生紀錄 <input type="checkbox"/> 出生後有痙攣、無呼吸、反覆嘔吐、低體溫或哺乳不良等 <input type="checkbox"/> 重度黃疸需換血者 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無
4. 腦部疾病或受傷： <input type="checkbox"/> 水腦 <input type="checkbox"/> 出血或缺氧 <input type="checkbox"/> 腦部感染 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 腦瘤 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無
5. 家族史或環境因素： <input type="checkbox"/> 近視有視聽障礙、智能不足、精神疾病 <input type="checkbox"/> 社經不利狀況 <input type="checkbox"/> 孤兒或受虐兒 <input type="checkbox"/> 以上皆無

☆幼兒特殊疾病現況或應注意事項：_____

二、在校量測生長發育紀錄 - 每學期的<期初、期末>

學 年	日期					學 年	日期				
	身高(公分)						身高(公分)				
	體重(公斤)						體重(公斤)				
學 年	日期					學 年	日期				
	身高(公分)						身高(公分)				
	體重(公斤)						體重(公斤)				
學 年	日期					學 年	日期				
	身高(公分)						身高(公分)				
	體重(公斤)						體重(公斤)				

三、在校檢測視力 - 升至中班、大班每學期的期初量測

日期											
裸視 視力	右		右		右		右		右		右
	左		左		左		左		左		左
矯正 視力	右		右		右		右		右		右
	左		左		左		左		左		左