

臺中市私立福樂蒙特梭利幼兒園

幼兒基本資料表

填表日期： 年 月 日

姓名(中文)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		姓名(英文)		生日	年 月 日
住 址		市 區 里 鄰 路(街)		身分證字號		住宅電話	
<input type="checkbox"/> 同戶籍		段 巷 弄 號 樓					
家 庭 成 員	稱謂	姓 名	教育程度	服務機關	聯絡電話	E-mail	
	父親						
	母親						
主要接送人			關係		聯絡電話		
<input type="checkbox"/> 同父母							
緊急聯絡人			關係		聯絡電話		
<input type="checkbox"/> 同父母							
兄弟姊妹		兄： 人、弟： 人、姐： 人、妹： 人					
法定監護人		姓名： 關係： 電話：					
幼 兒 健 康 狀 況	曾患病症	<input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 熱性痙攣 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 食物過敏 <input type="checkbox"/> 心臟疾病 <input type="checkbox"/> 腦震盪 <input type="checkbox"/> 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 血液疾病 <input type="checkbox"/> 嚴重外傷 <input type="checkbox"/> 偶爾感冒 <input type="checkbox"/> 經常感冒 <input type="checkbox"/> 體質強健無特殊事項 <input type="checkbox"/> 其他：					
	重點囑咐	<input type="checkbox"/> 特殊體質，需注意： <input type="checkbox"/> 其他：					
發 展 遲 緩 高 危 險 因 子	1. <input type="checkbox"/> 早產(懷孕期未滿 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"/> 無 <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：_____						
	3. 產前、產程或產後問題： <input type="checkbox"/> 無 <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、抽煙 <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 分鐘後<7(或小於等於6)；請參考兒童健康手冊的出生狀況紀錄表 <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：_____						
	4. 腦部疾病或受傷： <input type="checkbox"/> 無 <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：_____						
	5. 家族史或環境因素： <input type="checkbox"/> 近親有視聽障礙、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						
緊 急 情 況 處 理	經常就診醫院	名稱	電話	地址			

	處理原則	<input type="checkbox"/> 希望園方先聯絡家長，再由家長處理 <input type="checkbox"/> 由園方先行處理並同時通知家長 ※如無法聯繫家長或情況特別緊急則授權園方先行處理	家長簽章：
幼兒發展概況	語言	<input type="checkbox"/> 已會清楚表達 <input type="checkbox"/> 尚不能清楚用口語表達 <input type="checkbox"/> 尚無口語 <input type="checkbox"/> 慣用語言： <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	飲食	<input type="checkbox"/> 會自己進食固體食物 <input type="checkbox"/> 尚需協助餵食 <input type="checkbox"/> 挑食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 喜吃_____ <input type="checkbox"/> 不喜吃_____ <input type="checkbox"/> 忌吃_____	
	睡眠	<input type="checkbox"/> 獨自睡 <input type="checkbox"/> 與手足同睡 <input type="checkbox"/> 與家長同睡 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 容易入睡 <input type="checkbox"/> 不易入睡 <input type="checkbox"/> 睡眠安穩 <input type="checkbox"/> 易驚醒 <input type="checkbox"/> 特殊情況_____ 約晚上_____時就寢，約上午_____時起床，共睡_____小時	
幼兒發展概況	穿著	會自己穿脫 <input type="checkbox"/> 衣服 <input type="checkbox"/> 褲子 <input type="checkbox"/> 襪子 <input type="checkbox"/> 鞋子 會自己扣釦子 <input type="checkbox"/> 會自己拉拉鍊 <input type="checkbox"/>	
	如廁	<input type="checkbox"/> 會自理小便 <input type="checkbox"/> 會自理大便 <input type="checkbox"/> 會表達需要，但尚需協助 <input type="checkbox"/> 不會自理也不會表達 <input type="checkbox"/> 仍使用尿片 <input type="checkbox"/> 特殊情況_____	
	整潔	洗手： <input type="checkbox"/> 會 <input type="checkbox"/> 需協助 洗澡： <input type="checkbox"/> 喜歡 <input type="checkbox"/> 不喜歡，_____ 刷牙： <input type="checkbox"/> 會 <input type="checkbox"/> 需協助 洗頭： <input type="checkbox"/> 喜歡 <input type="checkbox"/> 不喜歡，_____ 收拾玩具： <input type="checkbox"/> 會 <input type="checkbox"/> 需協助 保管自己物品： <input type="checkbox"/> 會 <input type="checkbox"/> 需協助	
	個性特質	活動量： <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 偏低 <input type="checkbox"/> 特殊情況_____ 規律性： <input type="checkbox"/> 很規律 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不規律 <input type="checkbox"/> 特殊情況_____ 專心度： <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 容易分心 <input type="checkbox"/> 特殊情況_____ 堅持度： <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 偏低 <input type="checkbox"/> 特殊情況_____ 反應度： <input type="checkbox"/> 強烈 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 平和 <input type="checkbox"/> 特殊情況_____ 合群性： <input type="checkbox"/> 易與人相處 <input type="checkbox"/> 喜歡交朋友 <input type="checkbox"/> 害羞退縮 <input type="checkbox"/> 易與人衝突 情緒： <input type="checkbox"/> 活潑快樂 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 常鬧彆扭 <input type="checkbox"/> 特殊情況_____	
	居家生活概況	之前照顧方式 <input type="checkbox"/> 父母自己帶 <input type="checkbox"/> 保母帶 : <input type="checkbox"/> 白天 <input type="checkbox"/> 全天--- <input type="checkbox"/> 假日帶回 <input type="checkbox"/> 偶爾探望 <input type="checkbox"/> 祖父母帶 <input type="checkbox"/> 托嬰中心： <input type="checkbox"/> 白天 <input type="checkbox"/> 全天--- <input type="checkbox"/> 假日帶回 <input type="checkbox"/> 偶爾探望 <input type="checkbox"/> 其他：	
	家庭活動	看電視每日約_____小時，最常看的節目：_____ 親子閱讀(聽故事)： <input type="checkbox"/> 無此習慣 <input type="checkbox"/> 有，每天約_____小時 戶外遊戲散步： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 大約多久一次：_____ 全家出遊： <input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 從來沒有 其他：	
	填表人簽名：		
◎入園時間： 年 月 日 班級： 入園會談時間：			
◎升班時間： 年 月 日 班級： 升班會談時間：			
◎離園日期： 離園原因：			
入學流程： <input type="checkbox"/> 1. 完成新生入學會談(填妥幼兒基本資料)。 <input type="checkbox"/> 2. 完成繳費。 <input type="checkbox"/> 3. 家長繳交戶口名簿影本、預防接種調查表、肖像權同意書及教保服務契約書。 <input type="checkbox"/> 4. 行政老師交託代辦性商品。 <input type="checkbox"/> 5. 班導師確認幼兒入學時間。			
簽核	行政組	教保員	園長