

# 家庭状況届

【申込者】

記入日 年 月 日

<b>保護者</b>	氏名			
	住所			
	電話	( )		
	携帯			
<b>入所児童</b>	ふりがな			生年月日
	氏名	( 歳)		年 月 日
				<性別> 男 ・ 女

【緊急連絡先】

<b>非常時の連絡先 (携帯電話)</b>	連絡先	氏名 : (続柄 )	電話番号 :
	連絡先	氏名 : (続柄 )	電話番号 :

【申し込み児童の現在の保育状況】

自宅で保育(母・父・祖父母・その他( ))  認可外施設等に預託(預け先: .週 日利用)  
 職場同伴 ※自営も含む(父・母) 保育料 月 円 / 時 分 ~ 時 分  
 一時預かり利用(預け先: .週 日利用)  その他( )

【保育できない理由】

		父の状況	母の状況
該当する項目にチェックをつけてください		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 傷病・心身障害 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 不在(死亡・離婚・未婚・その他)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 傷病・心身障害 <input type="checkbox"/> 看護・介護
<b>就労・就学等</b>	雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 自営業(中心者・補助者) <input type="checkbox"/> 農業(中心者・補助者)	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 自営業(中心者・補助者) <input type="checkbox"/> 農業(中心者・補助者)
	事業所名 (学校)名		
<b>傷病・心身障害</b>		傷病・障害名 ( ) 手帳 <input type="checkbox"/> 有 ( 級 ) <input type="checkbox"/> 無	傷病・障害名 ( ) 手帳 <input type="checkbox"/> 有 ( 級 ) <input type="checkbox"/> 無
<b>看護・介護</b>		入院・通院・施設入所・在宅・その他( ) 年 月 日(頃)から	入院・通院・施設入所・在宅・その他( ) 年 月 日(頃)から

【祖父母の状況】 (※同居・別居を問わず記入して下さい。死亡等不存在の場合にはその旨記入して下さい。)

			氏名	年齢	住所	同居 別居	健康状態	同居の場合は保育できない理由
<b>祖父母の状況</b>	父方	祖父				同居・別居 不存在	普 弱 障	就労(時間 ) 傷病・その他( )
		祖母				同居・別居 不存在	普 弱 障	就労(時間 ) 傷病・その他( )
	母方	祖父				同居・別居 不存在	普 弱 障	就労(時間 ) 傷病・その他( )
		祖母				同居・別居 不存在	普 弱 障	就労(時間 ) 傷病・その他( )

【裏面もご記入ください】

# 児童の健康状態

◆「児童の健康状態」の記入につきましては、申込児童1人につき1枚ずつご記入ください  
 利用を希望する児童の健康状態の把握は、保育施設での集団保育に必要な事項ですので、必ずご記入ください。

※あてはまる□欄にチェックして、( )に漏れが内容に記入してください。

発達の状況	○ 出生時の体重		g	妊娠期間	週		
	○ 首がすわったのは			<input type="checkbox"/> (2~4ヶ月ころ)	<input type="checkbox"/> (5ヶ月ころ)	<input type="checkbox"/> すわっていない	
	○ おすわりをしたのは			<input type="checkbox"/> (7~9ヶ月ころ)	<input type="checkbox"/> (10ヶ月ころ)	<input type="checkbox"/> まだ	
	○ 歩き始めたのは			<input type="checkbox"/> (11~15ヶ月ころ)	<input type="checkbox"/> (16~18ヶ月ころ)	<input type="checkbox"/> まだ	
○ 呼ばれると振り向きませんか？			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
○ 目が合いますか？			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
次の項目は3歳から5歳までのお子様についてお答えください。							
○ 理由なく奇声をだしたり、泣いたりすることがありますか？			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
○ 落ち着きがなく、手を放すとどこに行くかわからないことがありますか？			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
健康状態	○ 次の症状はありますか？ チェックしてください						
	項目	ない	ある	症状	日常生活で気をつけていること	薬の服用	
	ぜん息						
	アトピー性皮膚炎						
	アレルギー性鼻炎						
	じんましん						
	食物アレルギー						
その他							
○ けいれんの経験 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( 歳 ヶ月の時 回 発熱時 ℃)							
健康診査	○ 健康診査は受けましたか？ 受けたものをご記入ください。 ( <input type="checkbox"/> 4ヶ月 ・ <input type="checkbox"/> 8ヶ月 ・ <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月 ・ <input type="checkbox"/> 3歳児 ・ <input type="checkbox"/> 5歳児 )						
	○ 健康診査等で、心身の発達や言葉の遅れなどがあるとされたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ある方は内容をご記入ください。 ( )						
その他	○ 現在の食事の状況 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食 ( 回/日 ) <input type="checkbox"/> 幼児食						
	○ 病気・ことば・その他発達について、相談している病院や施設はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある						
	病名や症状・障がい名 ( ) 病院・施設名 ( )						
	○ 身体障害者手帳をお持ちですか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( 級・度 )						
○ その他、入所後の生活や健康や発達、行動面など保育する上で気を付けて欲しい点をご記入ください。							

## 【兄弟姉妹の状況】

氏名	続柄	生年月日	年齢 (4/1現在)	性別	保育状況(4/1現在)
			歳		<input type="checkbox"/> ( ) 保育園(所)在中 <input type="checkbox"/> ( ) 幼稚園在園中 <input type="checkbox"/> 在学中(小・中・高: 年)
			歳		<input type="checkbox"/> ( ) 保育園(所)在中 <input type="checkbox"/> ( ) 幼稚園在園中 <input type="checkbox"/> 在学中(小・中・高: 年)
			歳		<input type="checkbox"/> ( ) 保育園(所)在中 <input type="checkbox"/> ( ) 幼稚園在園中 <input type="checkbox"/> 在学中(小・中・高: 年)