

家庭状況届

記入日 年 月 日

【申込者】

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

【緊急連絡先】

非常時の連絡先 (携帯電話)	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】

<input type="checkbox"/> 自宅で保育(母・父・祖父母・その他())	<input type="checkbox"/> 認可外施設等に預託(預け先:)	・週 日利用)
<input type="checkbox"/> 職場同伴 ※自営も含む(父・母)	保育料 月 円 / 時 分 ~ 時 分	
<input type="checkbox"/> 一時預かり利用(預け先:)	・週 日利用)	<input type="checkbox"/> 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
就労・就学等	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		
傷病・心身障害		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
看護・介護		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
祖父母の状況	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)