

家庭状況等調査票

年 月 日

児童氏名 _____

年齢 歳 _____

○お子さんの状況

① お子さんの健康状況

・出生時の体重		【 _____ g】	
・現在(_____ 歳 _____ ヶ月時)の身長・体重		身長【 _____ cm】	体重【 _____ g】
・現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	病名【 _____ 】 病院名【 _____ 】	
・内服	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	【 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 】	
・今までにかかった病気	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	病名【 _____ 】	
		病院名【 _____ 】 入院期間【 _____ 】	
・かかりやすい病気	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	種類【 かせ・消化不良・その他(_____)】	
・けいれんの既往	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 熱性 / <input type="checkbox"/> 無熱性 回数【 _____ 回】 内服【 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 】	
・アレルギー	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	種類【 _____ 】
	<input type="checkbox"/> 未検査		対応【 _____ 】

② 手帳等の有無

・身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※コピーを添付してください。
・精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※コピーを添付してください。
・療育手帳	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※コピーを添付してください。
・療育施設等への通園	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	施設名【 _____ 】※受給者証のコピーを添付してください。 通園期間【 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日】

③ お子さんの発達状況

・運動面	<input type="checkbox"/> 首のすわり <input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> お座り <input type="checkbox"/> はいはい <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 一人歩き		
・ことば(発語)	<input type="checkbox"/> なんご(あー、うー等) <input type="checkbox"/> 単語 <input type="checkbox"/> 二語文 <input type="checkbox"/> 文章として話ができる		
・ことば(理解)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
・食事	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> できない		
	離乳食について・・・ <input type="checkbox"/> 完了 <input type="checkbox"/> 未完了(ミルク併用中) <input type="checkbox"/> まだ開始していない		
・衣服の着脱	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> できない		
・排泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 自分ではできないがしらせる <input type="checkbox"/> おむつ		
・相談機関への通所	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	【児童相談所・県南健康福祉センター・療育施設・その他(_____)】	
・乳幼児健診での指導	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	内容【 _____ 】	
・保健師への相談	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	内容【 _____ 】	
・その他心配なこと、気になっていること	内容【 _____ 】		

④ お子さんの現在の保育状況

<input type="checkbox"/> 産休・育休中 <input type="checkbox"/> 父・母が自宅で保育 <input type="checkbox"/> 父・母が仕事をしながら保育 <input type="checkbox"/> _____ (続柄)が保育 (<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居)	
<input type="checkbox"/> 保育施設等で保育【施設名 _____ 】	<input type="checkbox"/> その他【 _____ 】

⑤ 入所が決定した場合の保育施設への送迎について

・送迎者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父(<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 祖母(<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> その他【 _____ 】
・送迎手段	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他【 _____ 】

上記記載内容、お子さんの健診の結果及び状況について、子ども家庭課子育て係職員及び保育士が所管課へ問い合わせることに同意します。

はい いいえ ※記入及び問い合わせた内容については、保育施設等の関係以外には利用しません。

同意者氏名 _____

児童との続柄 _____

○家庭の状況（保育施設利用者負担額の決定の際に必要となります。）

① 同一世帯員(同地番の方も含む)について(ひとり親世帯等・在宅障がい児(者)等該当者の有無をご記入ください。)

・ひとり親の方 (申込児童の保護者について)	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> あり
・生活保護受給者	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> あり 該当者氏名() ※保護開始日【 年 月 日】
・身体障害者手帳交付を受けた方	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> あり 該当者氏名() ※手帳のコピーを添付してください。
・療育手帳の交付を受けた方	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> あり 該当者氏名() ※手帳のコピーを添付してください。(療育施設の通所受給者証等ではありません。)
・精神障害者保健福祉手帳 の交付を受けた方	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> あり 該当者氏名() ※手帳のコピーを添付してください。
・特別児童扶養手当の対象児	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> あり 該当者氏名() ※証書のコピーを添付してください。
・国民年金の 障害基礎年金等の受給者	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> あり 該当者氏名() ※証書のコピーを添付してください。

② 入所を希望するお子さんの兄弟姉妹について

氏名	生年月日	年齢	現況(勤務先・学校等)	同居・別居【住所】
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居【 】
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居【 】
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居【 】
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居【 】
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居【 】

※入所を希望するお子さんの兄弟が18歳以上の学生の場合には学生証(在学証明書)等のコピーを添付してください。
 ※入所を希望するお子さんの兄弟が別居している場合には健康保険証のコピーを添付してください。

③ 入所を希望するお子さんの父母について

・育休(産休)取得	<input type="checkbox"/> 非該当 / <input type="checkbox"/> 該当(以下に期間等を記載してください。 ※育休休業期間【 年 月 日 ~ 年 月 日】 出産予定日【 年 月 日】
・入所保留の場合の 育休延長の可否	<input type="checkbox"/> 職場と未相談(不明) <input type="checkbox"/> 職場と相談済(下の該当項目にも✓) 【 <input type="checkbox"/> 延長不可 / <input type="checkbox"/> 延長可能(最長 まで) / <input type="checkbox"/> 未定・不明】

《きょうだいで同時に申し込む場合(該当する方のみ)》 (チェックボックス)に✓をつけてください

同時期かつ同じ保育施設に入所できる場合のみ入所を希望(空くまで待つ)

※希望順位の低い保育施設になることもあります。

※きょうだい全員が同時期に同じ保育施設に入所できない場合は、きょうだい全員が保留となります。

同時期に入所できれば、別々の保育施設になっても良い



別々の保育施設でも良いので、希望順位優先

同じ施設に入れるならそれを優先する(希望順位が低い施設でも可)

1人でも先に入所させたい ※入所出来なかったお子さんを家庭で保育する場合は選択できません。

(入所できなかったきょうだいの預け先について(予定))