

池田市保育所等入所のための 家庭状況調査書

・この調査書は、保育施設への入所申込みに当たり、おさまの家庭状況、日常生活、健康状態等について事前におたずねするものです。太枠内の各項目のあてはまるところにチェックし、また、必要事項を記入してください。
 ・この用紙に記載された内容は、教育・保育を適切に提供するに当たり、市の保健師等に内容を確認し、また、保育施設等に必要範囲で情報提供いたしますので、あらかじめご了承ください。

児童名	(フリガナ)	記入日	年	月	日時点
		生年月日	年	月	日生

日中の連絡先	《父》_____ - _____ - _____ 《母》_____ - _____ - _____
--------	---

現在の保育状況	1. 家庭 2. 知人・祖父母宅へ預ける 3. 勤務先に同伴 4. 保育施設(保育所、認定こども園2・3号等)を利用 5. 教育施設(幼稚園、認定こども園1号等)を利用 4・5の場合 施設名⇒
---------	---

必要保育時間	《平日》 ___時___分～___時___分 《土曜》 ___時___分～___時___分
	備考⇒

※ 必要保育時間は、下記の保育要件に鑑みて、必要な限度での時間を記載してください。
 ※ 決定施設の開所時間によって、利用に延長保育料が発生する場合、また、預かりができない場合があります。

		父親の状況	母親の状況
保育要件		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業
就労以外の要件の詳細		要件の具体的な内容⇒	要件の具体的な内容⇒
就労要件の詳細	勤務先名称		
	所在地		
	電話番号		
	業務内容		
	勤務時間	《平日》 ___時___分～___時___分	《平日》 ___時___分～___時___分
		《土曜》 ___時___分～___時___分	《土曜》 ___時___分～___時___分
	備考(変則勤務等)⇒	備考(変則勤務等)⇒	
休日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 不定期()	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 不定期()	
	通勤	片道___時間___分 通勤方法⇒	片道___時間___分 通勤方法⇒
父又は母が不在の場合	死亡・離婚・未婚・別居・その他() 児童扶養手当の認定【 無 ・ 申請中 ・ 有】	死亡・離婚・未婚・別居・その他() 児童扶養手当の認定【 無 ・ 申請中 ・ 有】	

祖父母の状況			年齢	職業	健康状態	同居・別居(住所地)
	父方	祖父	歳		良・その他()	同・別()市
		祖母	歳		良・その他()	同・別()市
	母方	祖父	歳		良・その他()	同・別()市
		祖母	歳		良・その他()	同・別()市

《裏面も必ずご記入ください。》

健康状態		良・普・弱	特記事項⇒		
健康 診査	4か月検診	済・未	指摘事項	無・有	内容⇒
	1歳半検診	済・未	指摘事項	無・有	内容⇒
	3歳半検診	済・未	指摘事項	無・有	内容⇒
予防接種		□ヒブ □肺炎球菌 □四種混合 □BCG □日本脳炎 □麻しん・風しん □水痘 □B型肝炎			
発育 状況	出生	妊娠 _____ 週 _____ gにて出産			
	運動発達	首のすわり _____ か月、ひとり座り(支えなし) _____ か月、歩き始め _____ 歳 _____ か月 歩行の程度【 歩く ・ 走る ・ 両足とびする ・ ケンケンをする 】 未歩行の場合 【 寝返り ・ ずりばい ・ はいはい ・ つたい歩き ・ 立つ 】 運動発達に関して気になることがある【 ない ・ ある 】 ある場合 その内容=			
	ことば	ことばの程度【 単語・2語文・会話が出来る・聞かれて名前や年齢が言える 】 ことばがまだの場合 発声の具体的な様子⇒ 指さし _____ 歳 _____ か月 指さしがない場合、要求の表し方⇒ ことばに関して気になることがある【 ない ・ ある 】 ある場合 その内容=			
	発達相談	無・有	1. 保健所 2. 子ども家庭センター 3. 健康増進課 4. その他() 相談の内容⇒		
	右記教室 への参加	無・有	1. 約束クリニック 2. さくらんぼ相談会 3. ひまわり親子教室 4. 療育相談 相談の内容⇒		
健康 状況	アレルギー	無・有	原因物質⇒ 検査【 済 ・ 未 】 病院・施設名⇒ _____ 週に _____ 回通院 除去食の必要【 無 ・ 有 】 内容⇒ アナフィラキシーショック 【 無 ・ 有 】		
	アトピー等	無・有	アトピー ・ 喘息 ・ 花粉 ・ その他()		
	熱性けいれん	無・有	_____ 歳の時 _____ 回 検査結果⇒		
	てんかん	無・有	_____ 歳の時 _____ 回 検査結果⇒		
	脱臼	無・有	_____ 歳の時から _____ 回程度 部位⇒		
通院 服薬 状況	発達や慢性的な病気のことで相談している病院・施設	無・有	病名・診断名等⇒ 主な症状⇒ 病院・施設名⇒ _____ 週に _____ 回通院 ※市記入欄 主治医意見書及び指示書 【 依頼 ・ 無 】 月 日まで		
	服薬	無・有	薬の種類⇒ 1日に _____ 回服用		
その他	食事	□母乳 □ミルク □離乳食【 初期・中期・後期・完了 】 _____ 回/1日 □普通食 水分補給の方法【 哺乳瓶・スプーン・コップ・その他() 】 食事に関して気になることがある【 ない ・ ある 】 ある方⇒ 極端な偏食() その他()			

※市記入欄

受付日時	相談者	対応者	相談内容・留意事項 等
年 月 日 時 分	父・母 ()		
年 月 日 時 分	父・母 ()		