

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、お子さまの家庭状況、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。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、保育施設等に必要な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
		生年月日	年 月 日
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. 認可外施設 5. 保育施設(保育所、認定こども園2・3号等)を利用 6. 教育施設(幼稚園、認定こども園1号等)を利用 4・5・6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⇒		

同居の世帯員		フリガナ	続柄	生年月日	就労・通学・通園先等
		氏名			
	1			年 月 日	
	2			年 月 日	
	3			年 月 日	
4			年 月 日		
5			年 月 日		
6			年 月 日		

		父親の状況		母親の状況	
保育要件		☐ 就労 ☐ 疾病 ☐ 障害 ☐ 介護 ☐ 看護 ☐ 就学 ☐ 災害復旧 ☐ 虐待・DV ☐ 求職		☐ 就労 ☐ 疾病 ☐ 障害 ☐ 介護 ☐ 看護 ☐ 就学 ☐ 妊娠・出産 ☐ 災害復旧 ☐ 虐待・DV ☐ 求職	
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				
	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	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 不定期()		☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 不定期()	
通勤		片道 _____ 時間 _____ 分	通勤方法⇒	片道 _____ 時間 _____ 分	通勤方法⇒

祖父母の状況			職業	健康状態	同居・別居(住所地)
	父方	祖父		良・その他()	同・別 () 市
		祖母		良・その他()	同・別 () 市
	母方	祖父		良・その他()	同・別 () 市
		祖母		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 □五種混合 □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 【 喃語 ・ 単語 ・ 2語文 ・ 会話が出来る (日本語 ・ _____ 語) 指さし _____ 歳 _____ か月 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. こども家庭課 5. 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⇒ _____ か月に _____ 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⇒			
医療的ケア		無・有	経管栄養(経鼻 ・ 胃ろう ・ 腸ろう) 吸引(口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内) 酸素療法 吸入(薬剤調合が必要な場合) 導尿 血糖値測定 インスリン注射 その他:内容(_____)			
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				
障 が い 等	障がい名					
	手帳の有無	無・有	手帳の種類(_____ / _____ 級)			
	療育施設等の利用	無・有	施設名(_____) 利用開始日(_____ 年 _____ 月 _____ 日)			
生 活 状 況	食 事	□母乳 □ミルク □離乳食【 初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了 】 □普通食 _____ 回/1日 水分補給 【 哺乳瓶 ・ スプーン ・ コップ ・ ストローマグ ・ その他(_____) 】 食事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⇒				
		排泄	オムツ使用(一日中 ・ 睡眠時のみ) ・ 出たら知らせる(大便 ・ 小便) 出る前に知らせる ・ ほぼ自立している ・ その他(_____)			
		睡眠	寝つき良い ・ 寝つき悪い ・ 眠りが浅い ・ 睡眠のリズムは一定である ・ 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	保育必要量
年 月 日 時 分	父 ・ 母 (_____)			標 ・ 短
日本スポーツ振興センター加入		有 ・ 無	※有の場合(園名 _____)	