

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				
	電話番号				
	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⇒
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 】	

《裏面も必ずご記入ください。》

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

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【 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. 子ども未来課 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⇒		
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	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)	