

家庭状況届

【記入日】 令和 年 月 日

【児童氏名】

【生年月日】 平成・令和 年 月 日

■以下の該当する箇所に☑、または、記入してください。

【1】現在の保育の状況

<input type="checkbox"/>	①家庭保育をしている	【申込児童の保育をしている方】 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/>	②祖父母や親族宅で保育している	【申込児童の保育をしている方】 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他() 保育をしている場所(※市町村名のみで可):
<input type="checkbox"/>	③親族以外の個人に預けている	【預けている方】 <input type="checkbox"/> ベビーシッター <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他() 保育をしている場所(※市町村名のみで可):
<input type="checkbox"/>	④職場に連れて行っている	<input type="checkbox"/> 父の職場 <input type="checkbox"/> 母の職場 <input type="checkbox"/> その他()の職場 保育をしている場所(※市町村名のみで可):
<input type="checkbox"/>	⑤他市町村の認可保育施設に預けている	【保育施設名称】 【所在地】 【電話番号】 【いつから預けていますか】 平成・令和 年 月頃から
<input type="checkbox"/>	⑥市内の認可保育施設に預けている(※転園を希望している場合)	【保育施設名称】 【所在地】 【電話番号】 【いつから預けていますか】 平成・令和 年 月頃から
<input type="checkbox"/>	⑦認可外保育施設に預けている	【保育施設名称】 【所在地】 【電話番号】 【いつから預けていますか】 平成・令和 年 月頃から
<input type="checkbox"/>	⑧その他の保育施設に預けている(※児童発達支援等)	【保育施設名称】 【所在地】 【電話番号】 【いつから預けていますか】 平成・令和 年 月頃から

【2】祖父母の状況

		氏 名	生 年 月 日	住 所 (※都道府県と市町村名までで可)	同居の有無	健康状態等
父 方	祖父		年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 死亡
	祖母		年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 死亡
母 方	祖父		年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 死亡
	祖母		年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 死亡

児童の状況調査票

【記入日】 令和 年 月 日

【児童氏名】

【生年月日】 平成・令和 年 月 日

■申込児童について、以下の該当する箇所に☑、または、記入してください。

①出生の状況	在胎（ ）週	出生体重（ ）g	
②授乳状況(※0~1歳児のみ)	<input type="checkbox"/> 母乳のみ	<input type="checkbox"/> ミルクのみ	<input type="checkbox"/> 混合
③離乳食(※0~1歳児のみ)	<input type="checkbox"/> はじめている	<input type="checkbox"/> 始めていない	<input type="checkbox"/> 離乳完了
④食事	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 少しできる	<input type="checkbox"/> できない
	【備考(手掴みで食べる、手助けが必要等)】		
⑤排泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 知らせることができる	<input type="checkbox"/> できない
	【備考】		
⑥衣類の着脱	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 簡単なものはできる	<input type="checkbox"/> できない
⑦歩く	<input type="checkbox"/> 1人で歩ける（ 歳 カ月頃から）		<input type="checkbox"/> 歩けない
	【備考】		
⑧言語	■有意語(ママ、あっち等)を3つ以上言える → <input type="checkbox"/> できる（ 歳 カ月頃から） <input type="checkbox"/> できない		
	■二語文を話す(ワンワンいた等) → <input type="checkbox"/> できる（ 歳 カ月頃から） <input type="checkbox"/> できない		
	■会話ができる → <input type="checkbox"/> できる（ 歳 カ月頃から） <input type="checkbox"/> できない		
⑨アレルギー	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある（ 医師の診断: <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ）	
	【備考(食材名・薬品名)】		
⑩アトピー	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある【備考】	
⑪かかりやすい病気	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある（ ）	
⑫身体障がいについて	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある【詳細】	
	※『☑ある』に該当する方は、以下の当てはまる箇所に☑を付けてください。		
	【身体障がい者手帳】	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
【特別児童扶養手当】	<input type="checkbox"/> 受給している	<input type="checkbox"/> 受給していない	
【療育手帳】	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
【児童発達支援】	<input type="checkbox"/> 利用している	<input type="checkbox"/> 利用していない	
⑬今までにかかった病気 (※現在治療・通院中のもも含む)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	<input type="checkbox"/> てんかん
	<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> 目の病気	<input type="checkbox"/> 耳の病気
	<input type="checkbox"/> 心臓の病気	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
⑭健康または発達について 気になる事や困っている事 (※運動面や言語面、行動面等)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 運動発達の遅れ	<input type="checkbox"/> 言葉の遅れ
	<input type="checkbox"/> 知的な遅れ	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない	<input type="checkbox"/> こだわりが強い
	<input type="checkbox"/> 関心が少ない	<input type="checkbox"/> 目が合わない	<input type="checkbox"/> その他
	【詳細】		
⑮通院・入院・手術歴 (※軽度を除く)	<input type="checkbox"/> 通院・入院したことはない	<input type="checkbox"/> 現在通院・入院中 または 過去に通院・入院していた	
	※『☑現在通院・入院中または過去に通院・入院していた』に該当する方は、以下を記入または☑を付けてください。		
	【いつ頃から】	【病名や症状等】	
	【手術歴】		
	<input type="checkbox"/> 手術をしたことがある	<input type="checkbox"/> 手術をする予定がある	<input type="checkbox"/> 手術をしたことはない
	【通院・入院している医療機関名】		
	【医療機関以外に利用している施設】		
⑯乳幼児健診及び 医療機関受診の状況	【乳児検診前期】	<input type="checkbox"/> 受けた(助言: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	<input type="checkbox"/> 受けていない
	【乳児検診後期】	<input type="checkbox"/> 受けた(助言: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	<input type="checkbox"/> 受けていない
	【1歳半検診】	<input type="checkbox"/> 受けた(助言: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	<input type="checkbox"/> 受けていない
	【3歳児検診】	<input type="checkbox"/> 受けた(助言: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	<input type="checkbox"/> 受けていない
	【その他(医療機関)】	<input type="checkbox"/> 受けた(助言: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	<input type="checkbox"/> 受けていない
	【医師からの助言内容】		

医師から一般・集団保育は難しい(特別支援保育が望ましい)旨の診断を受けたことの有無

有 無

※児童の状況調査票の内容によっては、特別支援保育のご案内をさせていただく場合があります。