

○家庭の状況についてご記入ください。

		父			母			
父母の状況	家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯(<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 / 年 月 日(頃)から <input type="checkbox"/> 上記以外の世帯						
	1月1日時点の住所	R5.1.1時点の住所 <input type="checkbox"/> 一関市 <input type="checkbox"/> 市外:(_____ 都道府県 市区町村)			R5.1.1時点の住所 <input type="checkbox"/> 一関市 <input type="checkbox"/> 市外:(_____ 都道府県 市区町村)			
		R6.1.1時点の住所 <input type="checkbox"/> 一関市 <input type="checkbox"/> 市外:(_____ 都道府県 市区町村)			R6.1.1時点の住所 <input type="checkbox"/> 一関市 <input type="checkbox"/> 市外:(_____ 都道府県 市区町村)			
	(就労の場合)園から職場への移動時間	第1希望 分	第2希望 分	第3希望 分	第1希望 分	第2希望 分	第3希望 分	
		第4希望 分	第5希望 分		第4希望 分	第5希望 分		
(求職活動の場合)求職活動の状況	<input type="checkbox"/> 現在、求職活動を行っている <input type="checkbox"/> ハローワーク等で求職活動を行っている <input type="checkbox"/> 自宅でインターネット等で求人情報を確認している <input type="checkbox"/> 保育所等への入所が決まってから求職活動を始める			<input type="checkbox"/> 現在、求職活動を行っている <input type="checkbox"/> ハローワーク等で求職活動を行っている <input type="checkbox"/> 自宅でインターネット等で求人情報を確認している <input type="checkbox"/> 保育所等への入所が決まってから求職活動を始める				
祖父母の状況	父方				母方			
	祖父	氏名	(_____ 歳)			(_____ 歳)		
		住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居:(_____ 都道府県 市区町村)			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居:(_____ 都道府県 市区町村)		
		就労状況	<input type="checkbox"/> 就労(<input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 農業) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 無職			<input type="checkbox"/> 就労(<input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 農業) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 無職		
		身体状況	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 介護			<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 介護		
	祖母	氏名	(_____ 歳)			(_____ 歳)		
		住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居:(_____ 都道府県 市区町村)			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居:(_____ 都道府県 市区町村)		
		就労状況	<input type="checkbox"/> 就労(<input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 農業) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 無職			<input type="checkbox"/> 就労(<input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 農業) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 無職		
		身体状況	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 介護			<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 介護		
	きょうだい同時申込時の希望 ※「令和6年度保育所等入園案内」P10を確認の上、希望の番号を右欄に記入してください。					⑤の場合 (_____)		
その他の事項	* 現在のお子さんの状況について							
	<input type="checkbox"/> 自宅で保育(<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父方祖父母 <input type="checkbox"/> 母方祖父母) <input type="checkbox"/> 保育施設等を利用している(施設名: _____) <input type="checkbox"/> 親族(続柄: _____)に預けている <input type="checkbox"/> 就労先に同伴している <input type="checkbox"/> その他(_____)							
	* 入所できなかった場合の対応について							
	<input type="checkbox"/> 自宅で保育(<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父方祖父母 <input type="checkbox"/> 母方祖父母) <input type="checkbox"/> 保育施設等を利用する(施設名: _____) <input type="checkbox"/> 職場復帰する ⇒子どもは、 <input type="checkbox"/> 父方祖父母に預ける <input type="checkbox"/> 母方祖父母に預ける <input type="checkbox"/> 就労先に同伴する <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 育児休業を延長する(令和_____年_____月_____日まで延長可能)							
	* 家計の主宰者(生計維持者)について							
	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他(_____)							
	* 連絡先(日中連絡がつく電話番号を記入してください。)							
	TEL:		父		携帯・自宅			
	TEL:		母		携帯・自宅			
TEL:		他(_____)		携帯・自宅・他(_____)				
* 保育を希望する利用時間について								
利用曜日	曜日	曜日から	曜日	利用時間	時から	時		

健康状況等調査票

お子さんの母子健康手帳を参考に、あてはまる項目に☑チェックまたは記入してください。

保育所に入所されるお子様の大切な命を守るために必要な情報になりますので、ありのままをご記入ください。

記入日	令和	年	月	日	児童氏名	(歳 か月)
・出生の体重 _____g			・妊娠期間 _____ 週			
・首のすわり <input type="checkbox"/> か月頃から <input type="checkbox"/> これから			・歩行開始 <input type="checkbox"/> 歳 か月頃から <input type="checkbox"/> これから			
・かかごも教室等に通ったことがありますか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
・身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳 いずれかをお持ちですか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
・けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 時期: _____ 歳 _____ か月頃から 回数: _____ 回 原因(診断名): (_____) 状況: <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療を受けていない						
・アレルギー検査を行ったことがありますか			・アレルギーはありましたか			
<input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> いいえ			
<input type="checkbox"/> はい(_____ 年 _____ 月頃)			<input type="checkbox"/> はい(_____)			
・今までに食物によるアレルギー反応がでたことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい アレルゲン: (_____) 医師から除去食の指示がありますか: <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
・現在、治療・通院していますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 時期: _____ 歳 _____ か月頃から 傷病名: (_____) 医療機関: (_____) 通院状況: 年 _____ 回・月 _____ 回・週 _____ 回・不定期 現在の状況: (_____)						
・現在、服薬している薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (朝・昼・晩) 薬名: (_____) 服薬理由: (_____) 園への投薬依頼: <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要						
・入院、手術をするなど大きな病気にかかったことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 時期: _____ 歳 _____ か月頃 病名: (_____) 状況: <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中						
・乳幼児健診の受診状況を教えてください ▶3~4か月児健診 (<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診) ▶9~10か月児相談 (<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診) ▶1歳6か月児健診 (<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診) ▶2歳6か月児歯科健診 (<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診) ▶3歳児健診 (<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診)			・乳幼児健診等で医師等から、指導・助言などされたことがあればご記入ください			
・子育てで心配していることや困っていること、相談している機関(発達支援相談、市保健師など)はありますか						
・医療的ケアの要否※医療的ケアとは経管栄養(経鼻・胃ろう)、導尿、インスリン注射など日常的に医療行為を必要とする場合をいいます。 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 医療的ケアの種類: (_____)						
その他、入園後の生活や健康、発達、行動面など保育をする上で気を付けてほしい点をご記入ください。						

健康状況等調査票について、虚偽が判明した場合には、内定の取消または退所になることに同意します。また、保育所等の入所調整にあたり、本調査票の記入内容について、利用希望の保育所等に情報を提供することに同意します。

保護者名 _____