

健康状況等調査票

記入例

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です。ありのままをご記入ください。

記入日	令和 年 11 月 1 日	児童氏名	一関 次郎 (1 歳 6 か月)	
・出生の体重		2,860 g	・妊娠期間	40 週
・首のすわり		☒ 4 か月頃から ☐ これから	・歩行開始	☒ 1 歳 2 か月頃から ☐ これから
・かるがも教室等に通ったことがありますか		☐ はい ☒ 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？ もしくは特別児童扶養手当を受給していますか？		☐ はい ☒ いいえ		
・けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか				
☐ いいえ ☒ はい 時期： 1 歳 0 か月頃から 回数： 2 回				
原因(診断名)： (熱性けいれん)				
治療： ☒ 治癒 ☐ 治療中・経過観察中 ☐ 治療を受けていない				
最近の状態 ()				
・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		
☐ いいえ ☒ はい (年 5 月 月頃)		☐ いいえ ☒ はい (スギ、ハウスダスト、乳、卵)		
検査機関： ()		医師から除去食の指示がありますか： ☒ はい		
その他受けた指示： ()				
・その他、アレルギー疑いのある食べ物や、食事全般に関する留意事項などがありますか(内容によっては図で対応できないことがあります。)				
・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				
☐ いいえ ☒ はい				
時期： 0 歳 10 か月頃から 疾病名： (RSウイルス)				
状況： ☒ 治癒 ☐ 治療継続中				
・現在、治療・通院している疾病はありますか				
☐ いいえ ☒ はい				
時期： 0 歳 6 か月頃から 疾病名： (アトピー性皮膚炎)				
医療機関： (●●皮膚科) 通院状況： 年 回・月 1 回・週 回・不定期				
現在の状態： (薬を塗ることにより、症状は安定している。)				
・保育施設にいる時間帯に服用、使用が必要な薬はありますか				
☐ いいえ ☒ はい 薬名： (●●薬)				
服用、使用理由： (肌が荒れやすく、医師からこまめに薬を塗るよう指導されているため。)				
【「はい」と答えた方】看護師不在の園では原則投薬対応できません。投薬時間の変更などを検討のうえ、どうしても園での投薬が必要な場合は、医師に家族以外が投薬可能か確認したうえで個別に相談が必要です。				
・医療的ケア※の要否 ※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。個別に相談が必要です。				
☒ 不要 ☐ 必要 医療的ケアの種類： ()				
その他、下記のようなことがありましたら記入してください。				
・子育てで心配していることや困っていること(相談している保健師や機関などがあればその名前も記入してください)				
・乳幼児健診等で医師等から、指導・助言などされたこと				
・発達、行動面などで気になっていること				

私は、下記のことを確認し、了承したうえで申し込みます。(確認欄にチェック)

確認欄

☒	一関市保育所等入園案内を全て読んだうえで申し込みます。また、申込書及び提出書類には虚偽がないことを誓います。
☒	記載内容が事実と異なる場合や書類の提出がなされない場合、入所決定の取り消しや退園となっても異議はありません。
☒	子どもの身体状況によって入所ができない可能性があることを理解したうえで申し込みます。また、市の乳幼児健診の受診状況や結果等、子どもの身体状況について、確認の必要がある場合は担当課から保健師に照会することに同意します。
☒	入所調整のため必要な家庭・健康状況等を利用希望の保育所等に情報提供することに同意します。

保護者名 一関 太郎

(申込書に記載した保護者の氏名)

○家庭の状況についてご記入ください。

家庭の状況 (当てはまる場合)	☐ ひとり親世帯 (☐ 死別 ☐ 離婚 ☐ 未婚 / 年 月 日(頃)から)
	☐ 別居 → ☐ 父 ☐ 母 (現住所:)

		父		母	
父母の状況	1月1日時点の住所 (保育料等の算定に関係します)	R ●.1.1の住所 ☒ 一関市 ☐ 市外:(都道府県 市区町村)	R ●.1.1の住所 ☐ 一関市 ☒ 市外:(岩手 都道府県 市区町村)		
		R ■.1.1の住所 ☒ 一関市 ☐ 市外:(都道府県 市区町村)	R ■.1.1の住所 ☒ 一関市 ☐ 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 30 分 第2希望 20 分 第3希望 分 第4希望 分 第5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		
	(求職活動の場合)求職活動の状況	☐ 現在、求職活動を行っている (☐ ハローワーク等で求職活動を行っている ☐ 自宅でインターネット等で求人情報を確認している) ☐ 保育所等への入所が決まってから求職活動を始める	☒ 現在、求職活動を行っている (☐ ハローワーク等で求職活動を行っている ☐ 自宅でインターネット等で求人情報を確認している) ☒ 保育所等への入所が決まってから求職活動を始める		

		父方		母方	
祖父母の状況	祖父	氏名	一関 関男 (▲▲ 歳)	氏名	千厩 千男 (▲▲ 歳)
		住所	☒ 同居 ☐ 別居(都道府県 市区町村)	☐ 同居 ☐ 別居(岩手 都道府県 市区町村)	
	就労状況	☒ 就労 (☒ 外勤 ☐ 内職 ☐ 農業) ☐ 求職活動 ☐ 無職	☒ 就労 (☐ 外勤 ☐ 内職 ☒ 農業) ☐ 求職活動 ☐ 無職		
	身体状況	☒ 健康 ☐ 入院 ☐ 通院 ☐ 介護	☒ 健康 ☐ 入院 ☐ 通院 ☐ 介護		
祖母	氏名	一関 関子 (▲▲ 歳)	氏名	千厩 千子 (▲▲ 歳)	
	住所	☒ 同居 ☐ 別居(都道府県 市区町村)	☒ 同居 ☐ 別居(岩手 都道府県 市区町村)		
	就労状況	☐ 就労 (☐ 外勤 ☐ 内職 ☐ 農業) ☐ 求職活動 ☒ 無職	☐ 就労 (☐ 外勤 ☐ 内職 ☒ 農業) ☐ 求職活動 ☐ 無職		
	身体状況	☒ 健康 ☐ 入院 ☐ 通院 ☐ 介護	☒ 健康 ☐ 入院 ☐ 通院 ☐ 介護		

※きょうだい同時申込の方のみ 同時入所の意向

① きょうだいで同じ月から同じ施設を同時に利用できる場合のみ利用を希望する。	①～⑤の中で希望する番号を記入してください	①
② きょうだいで同じ月から利用できれば、きょうだいが別の施設でもよい。		
③ 決定できる児童から順次利用を希望する。後から利用開始の児童は、入所したきょうだいと同じ施設のみを希望。	⑤の場合詳細	()
④ 決定できる児童から順次利用を希望する。後から利用開始の児童は、入所したきょうだいと別々の施設でもよい。		
⑤ 上記いずれにも該当しない。※必ず、児童保育課(一関保健センター内)に相談ください。		

その他の事項	* 現在のお子さんの状況について			
	☒ 自宅で保育 (☐ 父 ☒ 母 ☐ 父方祖父母 ☐ 母方祖父母)			
	☐ 保育施設等を利用している (施設名:)			
	☐ 親族(続柄:)に預けている			
	☐ 就労先に同伴している ☐ その他 ()			
	* 入所できなかった場合の対応について			
	☒ 自宅で保育 (☐ 父 ☒ 母) → 育児休業は ☒ 延長可能(令和 年 月 日まで) ☐ 延長不可			
	☐ 自宅で父母以外が保育 → ☐ 父方祖父母 ☐ 母方祖父母 ☐ その他 ()			
	☐ 保育施設等を利用する (施設名:)			
	☐ 職場復帰する → 子どもは ☐ 父方祖父母宅に預ける ☐ 母方祖父母宅に預ける ☐ 就労先に同伴する ☐ その他 ()			
* 家計の主宰者(生計維持者)について				
☒ 父 ☐ 母 ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ その他 ()				
* 連絡先と連絡順位(日中連絡がつく電話番号と連絡の優先順位を記入してください。)				
続柄	連絡先	順位	連絡先の種別	
父	TEL: ○○○ - ○○○○ - ○○○○	2	携帯 自宅	
母	TEL: ○○○ - ○○○○ - ○○○○	1	携帯 自宅	
他 ()	TEL: △△△△ - △△ - △△△△	3	携帯 自宅 他 ()	
* 保育を希望する利用時間について				
利用曜日	月 曜日から 金 曜日	利用時間	午前7 時から 午後5 時	