

保育園入園家庭調査票

(保育園名)	(児童名)		
--------	-------	--	--

父親の状況

氏 名								※該当する箇所に記入又はチェックを入れて下さい。						
働いている場合	<input type="checkbox"/> 家庭外(内)労働	勤務先名												
	<input type="checkbox"/> 自営業	事業所名	場所	<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> その他 (TEL)								
		<input type="checkbox"/> 経営者	<input type="checkbox"/> 従事者	使用人の有無	<input type="checkbox"/> 有 (人)		<input type="checkbox"/> 無							
<input type="checkbox"/> 農林畜産等	作物 家畜名	田・畑の規模	田 () m ²	畑 () m ²		<input type="checkbox"/> 中心者		<input type="checkbox"/> 協力者						
<input type="checkbox"/> 疾病・障害者	疾病名	通院	週		日									
		入院	令和		年	月	日	～		令和	年	月	日	予定
	自宅療養	常時臥床・一般療養(長期安静要)・精神・その他 ()												
	障害名	身体障害者手帳	第 () 号	第 () 種	() 級		療育手帳	第 () 号	A · B		精神障害者保健福祉手帳	第 () 号	() 級	
<input type="checkbox"/> 介護・看護等	病気等の 家族名	通院	週		日									
		入院	令和		年	月	日	～		令和	年	月	日	予定
	看護状況	入院付添・通院付添・自宅看護・心身障害児(者)介護・寝たきり高齢者介護・その他 ()												
<input type="checkbox"/> 災害復旧等	経過・状況													
<input type="checkbox"/> 求職活動等	<input type="checkbox"/> 内定	内定先			就労予定年月日	令和		年	月	日	～			
				就労時間	午前	時	分	～	午後	時	分	日数	週	日
	<input type="checkbox"/> 未定	失業期間	令和		年	月	日	～						
<input type="checkbox"/> 就学	学校名称	就学時間	午前	時	分	～	午後	時	分	まで	日数	週	日	
	学校TEL	在学期間	令和		年	月	日	～		令和	年	月	日	
<input type="checkbox"/> その他														

母親の状況

氏 名								※該当する箇所に記入又はチェックを入れて下さい。						
働いている場合	<input type="checkbox"/> 家庭外(内)労働	勤務先名												
	<input type="checkbox"/> 自営業	事業所名	場所	<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> その他 (TEL)								
		<input type="checkbox"/> 経営者	<input type="checkbox"/> 従事者	使用人の有無	<input type="checkbox"/> 有 (人)		<input type="checkbox"/> 無							
<input type="checkbox"/> 農林畜産等	作物 家畜名	田・畑の規模	田 () m ²	畑 () m ²		<input type="checkbox"/> 中心者		<input type="checkbox"/> 協力者						
<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	出産日	令和		年	月	日	出産予定		・ 出産					
	<input type="checkbox"/> 疾病・障害者	疾病名	通院	週		日								
			入院	令和		年	月	日	～		令和	年	月	日
		自宅療養	常時臥床・一般療養(長期安静要)・精神・その他 ()											
	障害名	身体障害者手帳	第 () 号	第 () 種	() 級		療育手帳	第 () 号	A · B		精神障害者保健福祉手帳	第 () 号	() 級	
<input type="checkbox"/> 介護・看護等	病気等の 家族名	通院	週		日									
		入院	令和		年	月	日	～		令和	年	月	日	予定
	看護状況	入院付添・通院付添・自宅看護・心身障害児(者)介護・寝たきり高齢者介護・その他 ()												
<input type="checkbox"/> 災害復旧等	経過・状況													
<input type="checkbox"/> 求職活動等	<input type="checkbox"/> 内定	内定先			就労予定年月日	令和		年	月	日	～			
				就労時間	午前	時	分	～	午後	時	分	日数	週	日
	<input type="checkbox"/> 未定	失業期間	令和		年	月	日	～						
<input type="checkbox"/> 就学	学校名称	就学時間	午前	時	分	～	午後	時	分	まで	日数	週	日	
	学校TEL	在学期間	令和		年	月	日	～		令和	年	月	日	
<input type="checkbox"/> その他														

※該当する箇所に記入，又はチェックを入れて下さい。

児童の状況	①名前	発達の遅れ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：ことば・知能・視覚・聴覚・その他（ ）	
		発作	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ ）	
		アトピー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ ）	
		アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ ）	
		除去食	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要（ ）	
		健康診断等での指摘事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
		主な病歴	病名： 時期：H・R 年 月 頃 経過： <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒	
		その他保育園に伝えたい事（心配事等）		
		②名前	発達の遅れ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：ことば・知能・視覚・聴覚・その他（ ）
			発作	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ ）
			アトピー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ ）
			アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ ）
		除去食	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要（ ）	
		健康診断等での指摘事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
		主な病歴	病名： 時期：H・R 年 月 頃 経過： <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒	
		その他保育園に伝えたい事（心配事等）		
	③名前	発達の遅れ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：ことば・知能・視覚・聴覚・その他（ ）	
		発作	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ ）	
		アトピー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ ）	
		アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ ）	
		除去食	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要（ ）	
		健康診断等での指摘事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
		主な病歴	病名： 時期：H・R 年 月 頃 経過： <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒	
		その他保育園に伝えたい事（心配事等）		
現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 親族がみている： <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 知人に預けている：氏名（ ） <input type="checkbox"/> 仕事先に連れて行っている： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <small>※新規児童がいる場合のみ記入</small> <input type="checkbox"/> 認可外保育施設に預けている：施設名（ ） <input type="checkbox"/> 認可幼稚園に預けている：施設名（ ） <input type="checkbox"/> その他：（ ）			
申ししない児童の状況	児童氏名		歳	
	児童氏名		歳	
	<input type="checkbox"/> 親族がみている： <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 知人に預けている：氏名（ ） <input type="checkbox"/> 仕事先に連れて行っている： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <small>※未就学児で保育申ししない児童がいる場合のみ記入</small> <input type="checkbox"/> 認可外保育施設に預けている：施設名（ ） <input type="checkbox"/> 認可幼稚園に預けている：施設名（ ） <input type="checkbox"/> その他：（ ）			
令和5年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 南種子町 <input type="checkbox"/> 町外（ ）			
令和6年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 南種子町 <input type="checkbox"/> 町外（ ）			
時間外保育（線上・線下保育）の希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：午前 時 分から / 午後 時 分まで			
通園方法	主な送迎者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 その他（ ）		
	送迎の方法	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 徒歩		
	通園距離	片道 約 km		