

児童等状況調査票

入園を希望する児童の、家庭状況、健康状況等は下記のとおりです。

入園児童	かな氏名		生年月日	平成 年 月 日生	性別	男・女	
	漢字氏名		健康状態	良好・普通・不良			
住所							
連絡希望TEL	①	②	③				
	自宅・父・母・その他()		自宅・父・母・その他()		自宅・父・母・その他()		
父母の状況	父	不存在 <input type="checkbox"/> (生別死別未婚) ・ 健在 <input type="checkbox"/> (かな氏名 漢字氏名)	生年月日	昭平 和成	年 月 日生	健康状態	良好・普通・不良
		保育の希望理由	1 就労 2 病気、身体障がいなど 3 求職中 4 その他(具体的に)				
	母	不存在 <input type="checkbox"/> (生別死別未婚) ・ 健在 <input type="checkbox"/> (かな氏名 漢字氏名)	生年月日	昭平 和成	年 月 日生	健康状態	妊娠中(予定日 . . .)・無 良好・普通・不良
		保育の希望理由	1 就労 2 病気、身体障がいなど 3 求職中 4 母が出産 年 月 日予定 5 その他(具体的に)				
児童の状況	保育状況	① () 保育園・幼稚園 入園中 ② 企業内保育施設 ③ 家庭保育室等(保育施設名) ④ その他(具体的に)					
	健康の状態	持病 <input type="checkbox"/> (有 病名、病状等 無)	通院 <input type="checkbox"/> (有 日・週に回 無 月・)	投薬 <input type="checkbox"/> (有 服用方法・頻度等 無)			
		おすわり初め(カ月) つたい歩き初め(カ月) 歩き初め(カ月) おむつ <input type="checkbox"/> (している はずれている)					
		障がい、病気、事故等の後遺症 <input type="checkbox"/> (有 具体的な症状 無)					
		言語、知能等の遅れ <input type="checkbox"/> (有 具体的な状況 無)					
		これまでに、発達や慢性的な病気等のことで、相談している病院や施設がありますか (はい・いいえ) 病院名・施設名 所在市区町村 () ・施設名称 ()					
		アレルギーの有 無 有 <input type="checkbox"/> (アトピー()) <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> その他() 無 <input type="checkbox"/> ※具体的な状況(程度、症状等)もお書きください。					
保育にあたって、身体について注意してほしいこと							
祖父母の状況	父方	祖父 <input type="checkbox"/> (健在 氏名 不存在)	(年齢 歳)	(職業)	(別居・同居 住所 同居所別居)		
		祖母 <input type="checkbox"/> (健在 氏名 不存在)	(年齢 歳)	(職業)	(別居・同居 住所 同居所別居)		
	母方	祖父 <input type="checkbox"/> (健在 氏名 不存在)	(年齢 歳)	(職業)	(別居・同居 住所 同居所別居)		
		祖母 <input type="checkbox"/> (健在 氏名 不存在)	(年齢 歳)	(職業)	(別居・同居 住所 同居所別居)		
送迎者と時間	朝・……父・母・その他()		時 分頃				
	夕方・……父・母・その他()		時 分頃	(土曜日 時 分頃)			
備考							

