

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・令和 年 月 日生	性別	男・女
	漢字氏名		健康状態	良好・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 _____)	生年月日	平成 昭和 年 月 日生		
			健康状態	良好・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 _____)	生年月日	平成 昭和 年 月 日生		
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 認可外保育施設(保育施設名 _____) ③ その他(具体的に _____)				
	健康の状況	持病 <input type="checkbox"/> (有 病名、病状等) <input type="checkbox"/> (無)	通院 <input type="checkbox"/> (有 日・週に回) <input type="checkbox"/> (無 月・年)	投薬 <input type="checkbox"/> (有 服用方法・頻度等) <input type="checkbox"/> (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) <input type="checkbox"/> (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) <input type="checkbox"/> (無)				
		言語、知能等の遅れ <input type="checkbox"/> (有 具体的な状況) <input type="checkbox"/> (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、宗教 無 <input type="checkbox"/> (アトピー() 食物() その他()) 食の有無 有 <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 _____) <input type="checkbox"/> (不存在)	(年齢 歳)	(職業 _____)	(別居・同居 住所 _____) (同住所別居)	
		祖母 <input type="checkbox"/> (健在 氏名 _____) <input type="checkbox"/> (不存在)	(年齢 歳)	(職業 _____)	(別居・同居 住所 _____) (同住所別居)	
	母方	祖父 <input type="checkbox"/> (健在 氏名 _____) <input type="checkbox"/> (不存在)	(年齢 歳)	(職業 _____)	(別居・同居 住所 _____) (同住所別居)	
		祖母 <input type="checkbox"/> (健在 氏名 _____) <input type="checkbox"/> (不存在)	(年齢 歳)	(職業 _____)	(別居・同居 住所 _____) (同住所別居)	
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)					
	勤務先、就労時間、日数等や疾病の状況など 父(_____) 母(_____)					
備考						