

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・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	平成 年 月 日生	昭和 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	平成 年 月 日生	昭和 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 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 無 月・年 に 回)	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 無 有 <input type="checkbox"/> (アトピー() <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> その他()) ※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 同住所別居)		
		祖母 <input type="checkbox"/> (健在 氏名 不存在)	(年齢 歳)	(職業)	(別居・同居 住所 同住所別居)		
	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 同住所別居)		
		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)						
備考							