

令和4年度 保育所入所家庭状況調査票 (新規・継続)

《記入例》

令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日現在

保護者氏名	松田 太郎		住所	松田町 松田惣領2037	
電話番号	(自宅) 0465-84-5544 (緊急連絡先) 080-9876-●●●●				
入所希望児童名	松田 一郎	生年月日	平成 令和	2年5月1日生(1歳)	
希望保育所名	<input checked="" type="checkbox"/> 松田さくら保育園 <input checked="" type="checkbox"/> なのはな保育園 <input checked="" type="checkbox"/> その他(あいうえお保育園)				
保育者の状況	就業状況	父親の状況	母親の状況		
		事業所名	●●株式会社		株式会社●●
		事業内容	営業		事務
		所在地	東京都●●区●●1234		大井町●●5678
		電話番号	03-9999-●●●●		0465-83-●●●●
	就労形態	正社員		パート	
	就労時間	平日 9:00 ~ 18:00 土曜 9:00 ~ 18:00 (□毎週休み・ <input checked="" type="checkbox"/> 隔週休み)		平日 8:30 ~ 17:15 土曜 : ~ : (<input checked="" type="checkbox"/> 毎週休み・□隔週休み)	
	就労日数	週 5~6日(休日: 日 曜日)		週 4日(休日: シフト勤務の為 曜日不定休)	
	通勤方法	【通勤方法】 電車 【通勤時間】片道 2時間 00分		【通勤方法】 自動車 【通勤時間】片道 時間 20分	
	農業従事者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input checked="" type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()	
就業以外	父母の疾病等	□父親の状況		<input checked="" type="checkbox"/> 母親の状況	
		<input checked="" type="checkbox"/> 病名(●●●●●●) 病院名(●●●●●●) 入院・通院		<input type="checkbox"/> 病名() 病院名() 入院・通院	
	介護	対象者名() 年 月 日生 続柄: ()		対象者名() 年 月 日生 続柄: ()	
場合	出産予定	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (R4年 7月 1日予定)			
	産休予定	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (R4年 5月 21日 ~ R4年 8月 26日)			
	育休予定	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (R4年 8月 26日 ~ R5年 6月 30日)			
	その他				

共通事項	送迎者	<input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()			
	送迎時間	自宅から園まで 10 分 / 園から勤務先まで約 20 分 園へ到着する時間 平日 (送) 8 : 00 (迎) 18 : 00 土曜 (送) : (迎) :			
入所	送迎方法	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他()			
	健康状態	<input type="checkbox"/> 良い <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱い			
児童	疾病・持病	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名() 症状() 掛かり付けの病院名() いつ頃から(年 月 ~)			
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 内容(大豆・甲殻類) 症状(蕁麻疹・嘔吐・下痢など)			
状況	今までにあった大きな病気・けが	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容() 現在の状況()			
	身体障害者手帳等の交付状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(種 級 障害名) <input type="checkbox"/> 療育手帳(程度)			
児童相談所の利用	児童相談所の利用	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 いつ頃(●● 年 ●● 月 ●● 日)			
	その他の健康上気になること				
現在の児童の保育者	<input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父・祖母(同居・別居)・祖父(同居・別居)・保育園()・その他()				
備考(児童に関する食べ物の制限等)					
制限食物 醤油、みそ、豆腐、油揚げ、納豆、海老・カニ(出汁も含む) 等 大豆を原料とする食品・甲殻類全般 上記の製品と「同じ工場で製造された」表記のあるもの					

※ この調査票は、入所判定・審査で使用し、必要に応じて希望保育所へ提供いたします。