

# 家庭状況調査書

記入日： 令和 年 月 日

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                            |                 |         |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                            |                 |          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------|--|
| フリガナ<br>申請児童氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                            |                 | 性 別     |                                                                                                                                                                                                            | 生年月日                                                                                                                                                                                                                       |                 | 令和 年 月 日 |  |
| 保護者氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 父親                                                                                                                                                                                                                         |                 | 母親      |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                            |                 |          |  |
| 職 業                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 会社勤務(□親族経営) <input type="checkbox"/> 自営勤務 <input type="checkbox"/> 疾病・障害<br><input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 |                 |         |                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 会社勤務(□親族経営) <input type="checkbox"/> 自営勤務 <input type="checkbox"/> 疾病・障害<br><input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 |                 |          |  |
| 勤務先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 名 称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                            |                 |         |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                            |                 |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                            |                 | ☎       |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                            |                 | ☎        |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 土曜日勤務                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                                      |                 |         |                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                                      |                 |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 土曜日の保育園利用                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない                                                                                                                                                               |                 |         |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                            |                 |          |  |
| 疾病障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 病 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                            |                 |         |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                            |                 |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 障害者手帳等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 有(→手帳等のコピーを添付) <input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                         |                 |         |                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 有(→手帳等のコピーを添付) <input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                         |                 |          |  |
| 就学                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 学校名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                            |                 |         |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                            |                 |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 在学期間<br>(在学予定期間)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 年 月 日 ~ 年 月 日                                                                                                                                                                                                              |                 |         |                                                                                                                                                                                                            | 年 月 日 ~ 年 月 日                                                                                                                                                                                                              |                 |          |  |
| 妊娠出産                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 出 産<br>予定日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                            |                 |         |                                                                                                                                                                                                            | ◆現在、妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>年 月 日 予定 <small>※母子手帳またはマル福受給者証のコピーを添付</small>                                                                                                     |                 |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 育 休<br>期 間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                            |                 |         |                                                                                                                                                                                                            | 年 月 日 ~ 年 月 日                                                                                                                                                                                                              |                 |          |  |
| 祖父母の<br>状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 父 方                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 祖父                                                                                                                                                                                                                         | 氏名              | (   才 ) |                                                                                                                                                                                                            | 祖母                                                                                                                                                                                                                         | 氏名              | (   才 )  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                            | 居住地住所(※別居の場合のみ) |         |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                            | 居住地住所(※別居の場合のみ) |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 介護<br><input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> いない                 |                 |         |                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 介護<br><input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> いない                 |                 |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 祖母                                                                                                                                                                                                                         | 氏名              | (   才 ) |                                                                                                                                                                                                            | 祖母                                                                                                                                                                                                                         | 氏名              | (   才 )  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 居住地住所(※別居の場合のみ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                            |                 |         | 居住地住所(※別居の場合のみ)                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                            |                 |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 介護<br><input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> いない                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                            |                 |         | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 介護<br><input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> いない |                                                                                                                                                                                                                            |                 |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 自宅で父母が保育 <input type="checkbox"/> 祖父母が保育 <input type="checkbox"/> 他人(知人)が保育 <input type="checkbox"/> 仕事に連れていき保育<br><input type="checkbox"/> 認可保育園・認定こども園・幼稚園等を利用 <input type="checkbox"/> 認可外保育園・託児所を利用(施設名： )<br><input type="checkbox"/> 企業主導型保育事業を利用(施設名： )<br><input type="checkbox"/> 特別支援学校幼稚部・児童心理治療施設への通所、または、児童発達支援および医療型児童発達支援で保育                                         |                                                                                                                                                                                                                            |                 |         |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                            |                 |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 自宅で父母が保育 <input type="checkbox"/> 祖父母が保育 <input type="checkbox"/> 他人(知人)が保育 <input type="checkbox"/> 仕事に連れていき保育<br><input type="checkbox"/> 認可保育園・認定こども園・幼稚園等を利用 <input type="checkbox"/> 認可外保育園・託児所を利用(施設名： )<br><input type="checkbox"/> 企業主導型保育事業を利用(施設名： )<br><input type="checkbox"/> 特別支援学校幼稚部・児童心理治療施設への通所、または、児童発達支援および医療型児童発達支援で保育<br>→「在園証明書」を提出することにより、保育料が減免される場合があります。 |                                                                                                                                                                                                                            |                 |         |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                            |                 |          |  |
| <input type="checkbox"/> 自宅で父母が保育 <input type="checkbox"/> 祖父母が保育 <input type="checkbox"/> 他人(知人)が保育 <input type="checkbox"/> 仕事に連れていき保育<br><input type="checkbox"/> 認可保育園・認定こども園・幼稚園等を利用 <input type="checkbox"/> 認可外保育園・託児所を利用(施設名： )<br><input type="checkbox"/> 企業主導型保育事業を利用(施設名： )<br><input type="checkbox"/> 特別支援学校幼稚部・児童心理治療施設への通所、または、児童発達支援および医療型児童発達支援で保育 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                            |                 |         |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                            |                 |          |  |

※2人以上の児童が同時に入所を申し込む場合は、それぞれの児童ごとに1枚の用紙を用いてください。

※この書類は、保育所入所申込の添付書類として、施設の所在する市町村の保育担当課及び保育施設のみで使用させていただきます。

※記載内容に変更があった場合は、その都度連絡が必要です。

# 児童の健康と発育について

記入日： 令和 年 月 日

|                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                       |  |      |  |          |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|--|----------|--|
| フリガナ<br>申請児童氏名                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                       | 性 別<br>男 ・ 女                                                                                                          |  | 生年月日 |  | 令和 年 月 日 |  |
| 出生時の状況                                                                                                                                                                        | 体重                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | g                                                                                                                                                                                                                  | 分娩                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> その他( ) |  |      |  |          |  |
| 発育・発達<br>の状況                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 首がすわっている <input type="checkbox"/> 寝返りがうてる <input type="checkbox"/> ハイハイができる <input type="checkbox"/> おすわりができる <input type="checkbox"/> 伝い歩きができる<br><input type="checkbox"/> ひとりで立てる <input type="checkbox"/> ひとり歩きができる                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                       |  |      |  |          |  |
|                                                                                                                                                                               | 言葉                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 話す                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 声は発するが意味のある言葉にならない <input type="checkbox"/> 話さないが簡単な言葉の意味は分かる<br><input type="checkbox"/> かたこと(ワンワン、マンマ等)を話す <input type="checkbox"/> 会話ができる |                                                                                                                       |  |      |  |          |  |
|                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 聞く                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 呼ぶと返事をする <input type="checkbox"/> 呼ぶと振り向く                                                                                                    |                                                                                                                       |  |      |  |          |  |
|                                                                                                                                                                               | 食事                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> スプーン等を使って自分で食べられる <input type="checkbox"/> だれかの助けがあれば食べられる <input type="checkbox"/> ひとりでは食べられない                                                                                           |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                       |  |      |  |          |  |
|                                                                                                                                                                               | 排泄                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 自分でトイレでできる <input type="checkbox"/> だれかの助けがあればできる <input type="checkbox"/> 自分ではできないが知らせる <input type="checkbox"/> おむつを使用                                                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                       |  |      |  |          |  |
|                                                                                                                                                                               | 衣服                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 簡単なものは自分でできる <input type="checkbox"/> 大人にしてもらう                                                                                                            |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                       |  |      |  |          |  |
| 健康状況                                                                                                                                                                          | 健康診断                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 3～4か月健診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 2歳児健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 <input type="checkbox"/> 5歳児発達相談                                                   |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                       |  |      |  |          |  |
|                                                                                                                                                                               | 予防接種                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 5種混合( <input type="checkbox"/> 4種混合 <input type="checkbox"/> ヒブ ) <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 日本脳炎 |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                       |  |      |  |          |  |
|                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> B型肝炎ウィルス <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                   |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                       |  |      |  |          |  |
|                                                                                                                                                                               | ◆心身の発達や言葉の遅れがあるとされたことがありますか？<br><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(内容: )                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                       |  |      |  |          |  |
|                                                                                                                                                                               | ◆病気や発達のことなどでどこかの施設に相談していますか？<br><input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している(施設名: )                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                       |  |      |  |          |  |
|                                                                                                                                                                               | ◆障害者手帳や療育手帳などをお持ちですか？<br><input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 持っている(コピーを添付してください)                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                       |  |      |  |          |  |
|                                                                                                                                                                               | ◆今までに大きな病気・ケガをしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある<br>・病名 ( ) ・年齢 ( 歳 か月ごろ )<br>・入院 ( <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しなかった <input type="checkbox"/> またする予定 ) ・通院( <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 定期的に )                                                 |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                       |  |      |  |          |  |
| ◆定期的な投薬の必要はありますか？<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 薬品名: / 使用頻度: <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                       |  |      |  |          |  |
| アレルギー<br>について                                                                                                                                                                 | ◆アレルギーはありますか？<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> その他( )<br>※ありの方 { <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他の食物( )<br><input type="checkbox"/> 薬名( ) |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                       |  |      |  |          |  |
| 集団生活<br>について                                                                                                                                                                  | ◆これまでに保育所や幼稚園などの施設に通ったことはありますか？<br><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( 歳 か月 ～ 歳 か月まで )                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                       |  |      |  |          |  |

※2人以上の児童が同時に入所を申し込む場合は、それぞれの児童ごとに1枚の用紙を用いてください。  
※この書類は、保育所入所申込の添付書類として、施設の所在する市町村の保育担当課及び保育施設のみで使用させていただきます。  
※記載内容に変更があった場合は、その都度連絡が必要です。