

保育園入園家庭調査票

(保育園名)	(児童名)		
--------	-------	--	--

父親の状況

氏 名		※該当する箇所に記入又はチェックを入れて下さい。						
働いている場合	<input type="checkbox"/> 家庭外(内)労働	勤務先名						
	<input type="checkbox"/> 自営業	事業所名	場 所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 (TEL)				
		<input type="checkbox"/> 経営者 <input type="checkbox"/> 従事者	使用人の有無	<input type="checkbox"/> 有 (人) <input type="checkbox"/> 無				
<input type="checkbox"/> 農林畜産等	作物 家畜名	田・畑の規模	田 () m ²		畑 ()			
		<input type="checkbox"/> 中心者		<input type="checkbox"/> 協力者				
<input type="checkbox"/> 疾病・障害者	疾病名	通院	週 日		入院		平成 年 月 日～平成 年 月 日予定	
	自宅療養	常時臥床・一般療養(長期安静要)・精神・その他()						
	障害名	身体障害者手帳	第()号 第()種()級		療育手帳			第()号 A・B
		精神障害者保健福祉手帳	第()号()級					
<input type="checkbox"/> 介護・看護等	病気等の 家族名	通院	週 日		入院		平成 年 月 日～平成 年 月 日予定	
	看護状況	入院付添・通院付添・自宅看護・心身障害児(者)介護・寝たきり高齢者介護・その他()						
<input type="checkbox"/> 災害復旧等	経過・状況							
<input type="checkbox"/> 求職活動等	<input type="checkbox"/> 内定	内定先	就労予定年月日	平成 年 月 日～				
			就労時間	午前 時 分～午後 時 分	日数	週 日		
	<input type="checkbox"/> 未定	失業期間	平成 年 月 日～					
<input type="checkbox"/> 就学	学校名称	就学時間	午前 時 分～午後 時 分まで		日数	週 日		
	学校TEL	— —	在学期間	午前 時 分～午後 時 分まで				
<input type="checkbox"/> その他								

母親の状況

氏 名		※該当する箇所に記入又はチェックを入れて下さい。					
働いている場合	<input type="checkbox"/> 家庭外(内)労働	勤務先名					
	<input type="checkbox"/> 自営業	事業所名	場 所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 (TEL)			
		<input type="checkbox"/> 経営者 <input type="checkbox"/> 従事者	使用人の有無	<input type="checkbox"/> 有 (人) <input type="checkbox"/> 無			
<input type="checkbox"/> 農林畜産等	作物 家畜名	田・畑の規模	田 () m ²		畑 ()		
		<input type="checkbox"/> 中心者		<input type="checkbox"/> 協力者			
<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	出産日	平成 年 月 日 出産予定・出産					
	疾病名	通院	週 日		入院		平成 年 月 日～平成 年 月 日予定
		自宅療養	常時臥床・一般療養(長期安静要)・精神・その他()				
	障害名	身体障害者手帳	第()号 第()種()級		療育手帳		
精神障害者保健福祉手帳		第()号()級					
<input type="checkbox"/> 介護・看護等	病気等の 家族名	通院	週 日		入院		平成 年 月 日～平成 年 月 日予定
	看護状況	入院付添・通院付添・自宅看護・心身障害児(者)介護・寝たきり高齢者介護・その他()					
<input type="checkbox"/> 災害復旧等	経過・状況						
<input type="checkbox"/> 求職活動等	<input type="checkbox"/> 内定	内定先	就労予定年月日	平成 年 月 日～			
			就労時間	午前 時 分～午後 時 分	日数	週 日	
	<input type="checkbox"/> 未定	失業期間	平成 年 月 日～				
<input type="checkbox"/> 就学	学校名称	就学時間	午前 時 分～午後 時 分まで		日数	週 日	
	学校TEL	— —	在学期間	午前 時 分～午後 時 分まで			
<input type="checkbox"/> その他							

※該当する箇所に記入，又はチェックを入れて下さい。

児童の状況	①名前	発達の遅れ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：ことば・知能・視覚・聴覚・その他（ ）
	発作	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ ）	
	アトピー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ ）	
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ ）	
	除去食	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要（ ）	
	健康診断等での指摘事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
	主な病歴	病名：（ ） 時期：H 年 月頃 経過： <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒	
	その他保育園に伝えたい事（心配事等）		
	②名前	発達の遅れ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：ことば・知能・視覚・聴覚・その他（ ）
発作	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ ）		
アトピー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ ）		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ ）		
除去食	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要（ ）		
健康診断等での指摘事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）		
主な病歴	病名：（ ） 時期：H 年 月頃 経過： <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒		
その他保育園に伝えたい事（心配事等）			
③名前	発達の遅れ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：ことば・知能・視覚・聴覚・その他（ ）	
発作	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ ）		
アトピー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ ）		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：（ ）		
除去食	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要（ ）		
健康診断等での指摘事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）		
主な病歴	病名：（ ） 時期：H 年 月頃 経過： <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒		
その他保育園に伝えたい事（心配事等）			
現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 親族がみている： <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	<input type="checkbox"/> 知人に預けている：氏名（ ）		
	<input type="checkbox"/> 仕事先に連れて行っている： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母		
※新規児童がいる場合のみ記入	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設に預けている：施設名（ ）		
	<input type="checkbox"/> 認可幼稚園に預けている：施設名（ ）		
	<input type="checkbox"/> その他：（ ）		

申込しない児童の状況	児童氏名		歳
	児童氏名		歳
	<input type="checkbox"/> 親族がみている： <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	<input type="checkbox"/> 知人に預けている：氏名（ ）		
	<input type="checkbox"/> 仕事先に連れて行っている： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母		
	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設に預けている：施設名（ ）		
	<input type="checkbox"/> 認可幼稚園に預けている：施設名（ ）		
※未就学児で保育申込をしない児童がいる場合のみ記入	<input type="checkbox"/> その他：（ ）		

平成29年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 南種子町 <input type="checkbox"/> 町外（ ）
平成30年1月1日現在の住所（予定）	<input type="checkbox"/> 南種子町 <input type="checkbox"/> 町外（ ）

時間外保育（線上・線下保育）の希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：午前 時 分から / 午後 時 分まで
通園方法	主な送迎者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 その他（ ）
	送迎の方法 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 徒歩
	通園距離 片道 約 km