

②

保育施設入所児童家庭状況票

児童名		生年月日		平成 令和	年	月	日	
父親の状況	勤務状況	名称	所在地		電話 ()			
		勤務時間	時 分 ~ 時 分まで	勤務日数	週	日		
		形態	常勤・パート・自営・派遣社員・その他()					
		仕事内容						
		通勤時間	片道 時間 分 ※自宅から勤務先まで最短の通勤時間をご記入ください。	通勤方法	車・電車・自転車・徒歩 その他()			
	仕事をしていない場合	1 求職中						
		2 就職内定	就労開始予定年月日	令和	年	月	日	・ 未定
		3 不在	死亡・離婚・別居・失踪・調停中・未婚・その他() 事実発生日(年 月 日)					
		4 病気	【病名】	【入院】	年	月	~	【通院】 (週・月 回)
		5 介護	【続柄】 【病名】	【入院】	年	月	~	【通院】 (週・月 回)
6 その他								
母親の状況	勤務状況	名称	所在地		電話 ()			
		勤務時間	時 分 ~ 時 分まで	勤務日数	週	日		
		形態	常勤・パート・自営・派遣社員・その他()					
		仕事内容						
		通勤時間	片道 時間 分 ※自宅から勤務先まで最短の通勤時間をご記入ください。	通勤方法	車・電車・自転車・徒歩 その他()			
	仕事をしていない場合	1 求職中						
		2 就職内定	就労開始予定年月日	令和	年	月	日	・ 未定
		3 出産	【予定日】	年	月	日	【育休予定】	無・有
		4 不在	死亡・離婚・別居・失踪・調停中・未婚・その他() 事実発生日(年 月 日)					
		5 病気	【病名】	【入院】	年	月	~	【通院】 (週・月 回)
6 介護		【続柄】 【病名】	【入院】	年	月	~	【通院】 (週・月 回)	
7 その他								
祖父母の状況	父方	祖父	氏名	年齢	職業	住所	電話番号	
		祖母			有・無			
	母方	祖父			有・無			
		祖母			有・無			

児 童 の 健 康 状 態 等 に つ い て

※こちらは保育に必要な情報です。母子手帳をもとに記入してください。

発達状況	出産時の異常	無・有 ()		ハイハイ	か月頃
	出生時体重	g		人見知り	か月頃
	首のすわり	か月頃		始 歩	才 か月頃
	寝返り	か月頃		始 語	才 か月頃
	座 位	か月頃		ことばの発達	ふつう・ややおそい・おそい
アレルギー	食物アレルギー	無・有	卵・牛乳・乳製品・小麦・大豆・そば・落花生・その他()		
	その他アレルギー	無・有	ダニ・ハウスダスト・花粉・その他()		
	アレルギー検査	未・済	検査時期 (才 か月頃)		
	診療・治療	無・有	飲み薬・塗り薬・その他()		
	アナフィラキシー	これまでに症状が (出たことがある・出る可能性がある・無い)			
健診	4か月児健診	未受診・問題なし・指導有り		指 導 内 容	
	1歳6か月児健診	未受診・問題なし・指導有り			
	3歳児健診	未受診・問題なし・指導有り			
	既往歴	(時期: 才 か月頃)			
医療歴	肝炎・川崎病・ぜんそく・ヘルニア・肺炎・中耳炎・脱臼(場所:)				
	心臓疾患(病名:) (症状: 不整脈・肥大・雑音)				
	ひきつけ・けいれん(1回目 歳 か月) / その後(回)				
	てんかん(開始 歳 か月 / 状態:)				
	その他(病名:)				
<u>定期通院</u>		無・有	【病院名】	【頻度】	年・月・週 回
<u>治 療</u>		無・有	(飲み薬・塗り薬・食事制限・その他())		
<u>服 薬</u>		無・有	(1日 回)		
体質的なもの					
風邪をひきやすい・吐きやすい・鼻血がでやすい・便秘しやすい・化膿しやすい 虫刺されなどで腫れやすい・アトピー性皮膚炎・物に顔を近づけて(目を細めて)見る 耳の聞こえが悪い(右・左)・その他()					
<u>障害者手帳をお持ちですか。</u>			<u>言葉や発達のことで相談等を受けたことがありますか。</u>		
無・有			無・有()		

その他、集団生活において気になること、心配なことがありましたらご記入ください。

★乳幼児健診等の情報提供に当たっての同意署名欄

お子様の健やかな成長・発達支援のため、保育施設入所前や入所後に保健センター・発達支援相談センター・保育施設等と情報連携をすることに、申請保護者及び同居親族等は同意します。

保護者氏名 _____