

家庭状況票

③

児童氏名 (年 月 日生)

- 保護者の電話番号を記入していただき、市からの問い合わせの電話に対応可能な電話番号にチェックを入れてください。
☐ 父携帯 () ☐ 母携帯 ()
- 8:30-17:00のうち、連絡がつながりやすい時間帯があれば記入 ()
- 外国籍の方のための日本語がわかる方の緊急連絡先 ()
↳ この方との関係性 (職場の同僚・友人・その他 ())

1. 現在の保育の状況 (複数チェック可。)

☐ (1) 産休・育休を取得している保護者が保育をしている。	(復職予定日: 年 月 日) ・入所が決定した場合、入所月内に復職をしていただく必要があります。 ・慣らし保育の期間を考慮し、復職予定日を会社と調整してください。
☐ (2) (父親・母親)が家庭で保育を行っている。(保育を行っている保護者の状況:)	
☐ (3) (父親・母親)が家庭外で児童を伴い、就労している。	
☐ (4) (祖父・祖母・親族・知人)が(有償・無償)で保育をしている。	
☐ (5) (保育所・幼稚園・認可外保育室・職場内保育室・その他有償保育)に預けている。 ※利用施設名 () ☐ 利用開始 (年 月 日) ※既に施設を利用している場合、在室証明書をご提出ください。 利用時間 (時 分 ~ 時 分) (市内の保育所、駅前保育園、小規模保育等を利用の方は在室証明書は不要) 退園予定日 (年 月 日) ※退園予定がある方のみ記入。退園日が確定している場合は退園届をご提出ください。	
☐ (6) その他 ()	

2. 児童の健康状況 (1)~(9)までは記入必須

※記載内容やお子様の健康状況等について保育センターより保護者様へお電話等で詳細を確認する場合がございます。

(1) 現在治療中又は経過観察中の傷病の有無 ☐ 無 ☐ 有 病名 通院 年 月 日から 入院期間 . . ~ . . 手術予定 (2) 出生体重 g 2,500g未満の場合、何か医師から言われたことはありましたか (3) 受けた健康診査に○を付けてください。 4ヶ月・10ヶ月・1歳6ヶ月・3歳児・5歳児・未受診 その時に何か相談したこと、担当者から言われたことはありましたか (4) 常用薬の有無 ☐ 無 ☐ 有 ⇒薬の名称 () ☐ 飲み薬 ☐ 塗り薬 ☐ その他 (5) 【同意書】 健康診査結果等の児童の個人情報について、市が情報収集及び利用することに同意します。 年 月 日 保護者署名 []	(6) 障害者手帳または療育手帳の保有 ☐ 無 ☐ 有 手帳の種別及び等級 () (7) 療育施設の利用 ☐ 無 ☐ 有 年 月 日から利用 施設名: () (8) 病気、言葉、その他発達について相談している病院や施設、ケアマネージャーはありますか。(保健センターの相談事業含む) ☐ 無 ☐ 有 相談内容: () 病院・施設名: () 担当ケアマネージャー: () (9) アレルギーについて ☐ 無 ※離乳食の食べ始め(月) ☐ 未摂取のため不明 ☐ 有 医師の診断: ☐ 無 ☐ 有 症 状: 制限する食品・必要な配慮(宗教食も含む) () ※食物アレルギー・宗教食の対応は施設によって異なりますので 事前に施設にご確認ください。 (10) その他、入所にあたり健康上又は発達上、気になることや心配なことがございましたらご記入ください。 ()
---	--

