様式第２号（第２条関係）

家庭状況調査表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者の状況等 | 児童との続柄 | | 職業等 | | 勤務先(名称) | | 勤務先所在地 | | | | 電話番号 | |
| 父 | |  | |  | |  | | | |  | |
| 母 | |  | |  | |  | | | |  | |
| **※職業等の欄に該当する番号を記入してください。**  ①正規社(職)員　②パート　③内職　④農業　⑤自営　⑥病気・障害　⑦看護・介護  ⑧妊娠・出産　⑨求職活動中　⑩就学　⑪災害復旧　⑫その他(　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 児童の健康状態 | 排泄 | | | 1　一人でできる　　　　　　　　　 2　一人でできない | | | | | | | | |
| 言語 | | | 1　普通　　　　　2　やや遅い　　　3　遅い | | | | | | | | |
| 健康診査 | | | 定期健康診査は受けましたか | | | | | | | | |
| 3～4か月児健診（　済　・　未　） | | | | | | 9～10か月児健診（　済　・　未　） | | |
| 1歳6か月児健診（　済　・　未　） | | | | | | 2歳児健診 　（　済　・　未　） | | |
| 3歳児健診　 　（　済　・　未　） | | | | | | | | |
| 健診時に指摘されたことが何かありますか  1　無し  2　有り（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| アレルギー等 | | | 1　無し  2　有り（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 通院等の状況 | | | 病気や発達の面で相談または定期的に通われている病院や施設はありますか  1　無し  2　有り（病院・施設名  （病名や症状・障がい名　　　　　 　　　　 　　 　　　　　　）  　※診断書や各種手帳をお持ちの場合は添付してください | | | | | | | | |
| その他 | | | 保育園入所にあたり、健康上または発達上、注意していることや心配なことがありましたらご記入ください | | | | | | | | |
| 現在の保育状況 | 1　自宅で保育している　　【 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・（　 　　　 　）】  2　保育所・幼稚園等に預けている【施設名：　　　　　　　　　　　　 】  3　保育所等の一時保育を利用している【施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　 】  4　職場で保育している【託児室： 無 ・有（施設名　　　　　　　　　　　　 ）】  5　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | | | | | | | | | | | |
| 送迎者 | | | | 1　父　　2　母　　3　その他(続柄:　　　　氏名:　　　　　　　　　　) | | | | | | | | |
| 希望する  利用時間 | | | | 利用曜日 | | | | | 利用時間 | | | |
| 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・土 | | | | | 時　　分から　　　時　　分まで | | | |
| 通園(所)手段 | | | | 1　徒歩　2　自転車　3　自動車　4　その他( 　　　　　　　　　　) | | | | | | | | |
| 祖父母の状況 | 児童との続柄 | | | 氏名 | | 生年月日 | | 住所 | | | | 職業 |
| 父方 | 祖父 | |  | | .　　. | |  | | | |  |
| 祖母 | |  | | .　　. | |  | | | |  |
| 母方 | 祖父 | |  | | .　　. | |  | | | |  |
| 祖母 | |  | | .　　. | |  | | | |  |
| ※祖父母が同居で、６５歳未満の場合、保育することができないことを証明する書類を提出してください。提出のない場合は、点数が減点されます。 | | | | | | | | | | | | |