

家庭状況調査書

利用希望の 児童名	フリガナ	フリガナ	フリガナ
	平成 年 月 日生	平成 年 月 日生	平成 年 月 日生

父親の 状況	就労 状況	勤務先名	勤務先住所	<input type="checkbox"/> 自宅外 <input type="checkbox"/> 自宅			
		仕事の内容	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他()				
		就労時間	平日	時 分から 時 分	シフト制	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
			土曜	時 分から 時 分	就労開始	年 月 日から	
		休日	週に 日(曜日) 1か月に 日				
	その他 の状況	病 気	入院期間(年 月から 年 月)			通院 1か月に 回通院	
			自宅療養(年 月から 年 月)				
		障 害	<input type="checkbox"/> 身障1・2級 <input type="checkbox"/> 身障3級～ <input type="checkbox"/> 精神1・2級 <input type="checkbox"/> 精神3級～ <input type="checkbox"/> 療育A <input type="checkbox"/> 療育B				
		他の人の 介護・看護	被介護者氏名() 児童との続柄() <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 住宅 期間(年 月から 年 月)				
付添い 週に 日(曜日)1か月に 日							
そ の 他	<input type="checkbox"/> ひとり親(離別・死別) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他()						
育 児 休 暇	年 月 日から 年 月 日まで						

母親の 状況	就労 状況	勤務先名	勤務先住所	<input type="checkbox"/> 自宅外 <input type="checkbox"/> 自宅			
		仕事の内容	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他()				
		就労時間	平日	時 分から 時 分	シフト制	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
			土曜	時 分から 時 分	就労開始	年 月 日から	
		休日	週に 日(曜日) 1か月に 日				
	その他 の状況	病 気	入院期間(年 月から 年 月)			通院 1か月に 回通院	
			自宅療養(年 月から 年 月)				
		障 害	<input type="checkbox"/> 身障1・2級 <input type="checkbox"/> 身障3級～ <input type="checkbox"/> 精神1・2級 <input type="checkbox"/> 精神3級～ <input type="checkbox"/> 療育A <input type="checkbox"/> 療育B				
		他の人の 介護・看護	被介護者氏名() 児童との続柄() <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 住宅 期間(年 月から 年 月)				
付添い 週に 日(曜日)1か月に 日							
そ の 他	<input type="checkbox"/> ひとり親(離別・死別) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他()						
出 産	年 月 日予定日						
産前・産後休暇	年 月 日から 年 月 日まで						
育 児 休 暇	年 月 日から 年 月 日まで						

裏面もご記入ください。

日中連絡先	優先順位	電 話 番 号
	1	Tel: _____ □父 □母 □自宅 □その他()
		Tel: _____ □父 □母 □自宅 □その他()
	2	Tel: _____ □父 □母 □自宅 □その他()
		Tel: _____ □父 □母 □自宅 □その他()
	3	Tel: _____ □父 □母 □自宅 □その他()
Tel: _____ □父 □母 □自宅 □その他()		

		氏 名	年 齢	就 労	健康状況	親族保育	住所と電話番号 (別居の方のみ記載)
祖 父 母 の 状 況	父 方	祖父	歳	□有 □無	□良好 □病気等	□可能 □不可能	住所 Tel() -
		児童と □同居 □別居					
	母 方	祖母	歳	□有 □無	□良好 □病気等	□可能 □不可能	住所 Tel() -
		児童と □同居 □別居					
その他		祖父母が家庭内保育をできない場合はその理由を記入してください。					

児 童 の 健 康 状 態	フリガナ	治療中の病気等 () 投 薬(有 ・ 無)
	氏名	身体障害者手帳等(有 ・ 無)療育手帳(有 ・ 無) 特別児童扶養手当(有 ・ 無)
	□良好 □その他	食物アレルギー (有 ・ 無) 食品名() お子さんの性格 (おとなしい ・ 活発 ・ 落ち着きがない)
	フリガナ	治療中の病気等 () 投 薬(有 ・ 無)
	氏名	身体障害者手帳等(有 ・ 無)療育手帳(有 ・ 無) 特別児童扶養手当(有 ・ 無)
	□良好 □その他	食物アレルギー (有 ・ 無) 食品名() お子さんの性格 (おとなしい ・ 活発 ・ 落ち着きがない)
	フリガナ	治療中の病気等 () 投 薬(有 ・ 無)
	氏名	身体障害者手帳等(有 ・ 無)療育手帳(有 ・ 無) 特別児童扶養手当(有 ・ 無)
	□良好 □その他	食物アレルギー (有 ・ 無) 食品名() お子さんの性格 (おとなしい ・ 活発 ・ 落ち着きがない)

児童の養育上心配な事や悩んでいる事がありましたら記入して下さい

主たる送迎者 □父 □母 □祖父 □祖母 □その他() 迎えの時間 時 分頃

交通機関 □自動車 □自転車 □徒歩 □その他()

備 考