

令和6年度 家庭状況調査書

この調査書は、保育上注意しなければならないことについて、事前にお聞きするものです。調査書の内容が、入所の可否の決定に影響することはありません。なお、お子様の適切な発達支援のため、本調査書の内容を関係機関や入所施設等へ情報提供させていただく場合があります。

また、継続的な発達支援のため、乳幼児健診等の受診結果などを照会したり、保育施設での生活状況等の情報を学校等へ提供する場合、「同意しない」に☑を入れて下さい。

趣旨に同意しない場合は☑を入れてください。
 ※適切な発達支援のため、可能な限り趣旨にご理解とご協力をお願いします。

☐同意しない

		記入日	令和 5年 10月 2日		
児童	フリガナ	スカガワ イチロウ		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名	須賀川 一郎		生年月日	平 5年 4月 2日 (0歳) ※利用開始年度の4/1時点年齢
	住所	〒 962-8601 須賀川市 八幡町135番地		連絡先	TEL 0248-88-8124 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 携帯
	血液型	A型	平熱	36.5度	かかりつけ 医医療機関
		1	〇〇病院	TEL	0248-00-0000
		2	××診療所	TEL	0248-00-0000

保護者	父	フリガナ	スカガワ タロウ	生年月日	昭・平 56年 1月 1日
		氏名	須賀川 太郎	連絡先	TEL 090-0000-0000 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯
	母	フリガナ	スカガワ ボタン	生年月日	昭・平 57年 3月 31日
		氏名	須賀川 牡丹	連絡先	TEL 080-0000-0000 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯

家族構成	続柄	フリガナ 氏名	生年月日	勤務先、学校名等
	姉	スカガワ ハナ	須賀川 花	大・昭 平・令 19年12月24日
祖父		スカガワ タイガ	須賀川 大河	大・昭 平・令 26年 5月 5日
祖母	スカガワ サクラ	須賀川 桜	大・昭 平・令 27年 3月 3日	〇〇スーパー
			大・昭 平・令	
			大・昭 平・令	

就学先などが未定の場合は、
 学校名等ではなく高校生、大学生
 などと記入してください。

※父母及び児童本人を除く同居家族を記載してください。続柄は児童から見た続柄となります。

通園状況	距離	5 km	集団生活の経験の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
	所要時間	30分	集団生活経験場所(施設名)	〇〇保育園
	通園方法	<input checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	送迎者	<input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (祖母)		
希望保育時間	7時 30分 から 18時 30分 まで			

緊急連絡先	順位	氏名(児童との続柄)	連絡先
	1	須賀川 牡丹 (母)	TEL 080-0000-0000 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯
	2	須賀川 太郎 (父)	TEL 090-0000-0000 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯
	3	須賀川 牡丹 (母)	TEL 0248-00-0000 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 携帯

裏面もご記載ください

出産	第 2 子 (出生時体重: 2.500 g)	
	[分娩の経過] <input checked="" type="checkbox"/> 安産 <input type="checkbox"/> 難産 <input type="checkbox"/> 鉗子・吸引 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 早産 (か月)	
食事	①現在どんな食事をしていますか	<input type="checkbox"/> 母乳 <input checked="" type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合乳 <input checked="" type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 普通
	②食べる時何を使っていますか	<input checked="" type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> はし
	③どのような食べ方ですか	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自分で食べる
	④授乳中の場合(①で「離乳食・普通以外」を選択した方のみ記入して下さい)	
	授乳時間及び回数、量	<input type="checkbox"/> 授乳時間が決まっている →1日 回 (時頃 cc、 時頃 cc、 時頃 cc) <input checked="" type="checkbox"/> 授乳時間が決まっていない→1日 3 回、 120 cc/回
	⑤離乳食の場合(①で「離乳食」を選択した方のみ記入して下さい)	
	離乳開始時期	6 か月 離乳完了時期 か月 食数 3 回 (<input checked="" type="checkbox"/> 朝 <input checked="" type="checkbox"/> 昼 <input checked="" type="checkbox"/> 夜)
	調理状況	<input type="checkbox"/> ポタージュ状 <input type="checkbox"/> 舌で潰せる固さ <input checked="" type="checkbox"/> 歯茎で潰せる固さ <input type="checkbox"/> 歯茎でかめる固さ
	乳製品で食べられるもの	
	⑥普通食の場合(①で「普通」を選択した方のみ記入して下さい)	
食事量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> むら食い 偏食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
好きな食べ物	嫌いな食べ物	
食物アレルギーの有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→医師の診断 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) エピペンの処方 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ <input type="checkbox"/> 使用歴あり <input type="checkbox"/> 使用歴なし)	
受診病院名	除去食品名	
睡眠	①朝起きる時間は何時ですか	6時 30 頃
	②夜寝る時間は何時ですか	21時 00 頃
	③お昼寝の習慣はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (12時00分~13時00分)
	④寝るときの癖はありますか	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	⑤添い寝の習慣はありますか。誰としますか	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (誰と: 母)
発達・健康	①身体障害者手帳、療育手帳等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体・療育 級)
	②今までにかかった病気や持病などがあれば該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください	
	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 扁桃腺 <input type="checkbox"/> 脱臼 (右 回、左 回) <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 百日咳	
	<input type="checkbox"/> てんかん (治療薬: 薬:)	
	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー以外のアレルギー)	
	<input type="checkbox"/> ひきつけ (回、病歴: 歳 か月・ 歳 か月) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし	
	③常用している処方薬はありますか	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (種類・服薬時間等:)
	④予防接種の接種状況について、接種済みのものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 四種混合	
	<input type="checkbox"/> その他 (耳下腺炎等) 該当するものに<input checked="" type="checkbox"/>を入れてください。	
⑤乳幼児健診の受診状況について、受診済みのものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください		
<input type="checkbox"/> 3・4か月 (<input type="checkbox"/> 指導なし <input type="checkbox"/> 指導あり)	指導内容	
<input checked="" type="checkbox"/> 9・10か月 (<input checked="" type="checkbox"/> 指導なし <input type="checkbox"/> 指導あり)	指導内容	
<input type="checkbox"/> 1歳6か月 (<input type="checkbox"/> 指導なし <input type="checkbox"/> 指導あり)	指導内容	
<input type="checkbox"/> 3歳児 (<input type="checkbox"/> 指導なし <input type="checkbox"/> 指導あり)	指導内容	
<input type="checkbox"/> 就学時 (<input type="checkbox"/> 指導なし <input type="checkbox"/> 指導あり)	指導内容	
その他	入所(園)にあたり、事前に保育施設に知っておいてもらいたいことや相談したいことなどありましたら、記載してください。 発達や特徴などについて気になることがあれば記入してください。	

↓ これより下については、現在の状態で該当するものにを入れてください ↓

排泄	<input type="checkbox"/> オムツをしている <input type="checkbox"/> 睡眠時のみオムツをしている <input type="checkbox"/> トレーニング中
	<input type="checkbox"/> 小便は一人できる <input type="checkbox"/> 大便
運動	<input type="checkbox"/> 首が座っている <input type="checkbox"/> 寝返りを 始め <input type="checkbox"/> 歩く
	<input type="checkbox"/> 跳ねる <input type="checkbox"/> 走る
言葉	<input type="checkbox"/> 声を出して笑う <input type="checkbox"/> 人見知りをする <input type="checkbox"/> 単語を話す <input type="checkbox"/> 大人の話し簡単な言葉がわかる
	<input type="checkbox"/> 目を合わせて会話ができる