

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 令和 年 月 日生	平成 令和 年 月 日生	平成 令和 年 月 日生

保護者の 状況	就 労 状 況	父		母		
		勤務先名				
		勤務先住所				
		雇用形態	正社員・パート・自営・その他()		正社員・パート・自営・その他()	
		就労時間	時 分～ 時 分 時 分～ 時 分 時 分～ 時 分 <input type="checkbox"/> シフト制		時 分～ 時 分 時 分～ 時 分 時 分～ 時 分 <input type="checkbox"/> シフト制	
	休日	毎週 曜日・隔週 曜日 第 曜日・その他()		毎週 曜日・隔週 曜日 第 曜日・その他()		
	妊娠・出産	育児休業: 年 月 日～ 年 月 日		出産: 年 月 日予定日 産前産後休業: 年 月 日～ 年 月 日 育児休業: 年 月 日～ 年 月 日		
	疾病	疾病名() 入院: 年 月～ 年 月 通院:1か月に 回(通院先:) 自宅療養: 年 月～ 年 月		疾病名() 入院: 年 月～ 年 月 通院:1か月に 回(通院先:) 自宅療養: 年 月～ 年 月		
	障がい	身体障害者手帳 (級) 精神障害者保健福祉手帳 (級) 療育手帳 (A ・ B)		身体障害者手帳 (級) 精神障害者保健福祉手帳 (級) 療育手帳 (A ・ B)		
	看護・介護	被看護者等氏名() 続柄() 疾病・障がい名() 看護等場所() 期間: 年 月～ 年 月		被看護者等氏名() 続柄() 疾病・障がい名() 看護等場所() 期間: 年 月～ 年 月		
	就学	学校名() 就学先住所() 週()日 年 月 日～ 年 月 日 時間: 時 分～ 時 分		学校名() 就学先住所() 週()日 年 月 日～ 年 月 日 時間: 時 分～ 時 分		
	不在	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他()		

緊急連絡先	優先	電話番号	児童との続柄	種別
	1			携帯・自宅・勤務先・その他()
	2			携帯・自宅・勤務先・その他()
	3			携帯・自宅・勤務先・その他()

裏面もご記入ください。

		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	祖父 児童と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 病気等	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	住所 Tel() -
	方	祖母 児童と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 病気等	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	住所 Tel() -
	母	祖父 児童と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 病気等	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	住所 Tel() -
	方	祖母 児童と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 病気等	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	住所 Tel() -
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		氏名	持病: 無・有 () 服薬: 無・有 () 食物アレルギー: 無・有 ()				
		性格 <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 活発 <input type="checkbox"/> 落ち着きがない	障害者手帳(予定): 無・有 (身体・精神・療育) 特別支援学級在籍(予定): 無・有 (知的・情緒) 放課後等デイサービスの利用(予定): 無・有 ()				
		氏名	持病: 無・有 () 服薬: 無・有 () 食物アレルギー: 無・有 ()				
		性格 <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 活発 <input type="checkbox"/> 落ち着きがない	障害者手帳(予定): 無・有 (身体・精神・療育) 特別支援学級在籍(予定): 無・有 (知的・情緒) 放課後等デイサービスの利用(予定): 無・有 ()				
		氏名	持病: 無・有 () 服薬: 無・有 () 食物アレルギー: 無・有 ()				
		性格 <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 活発 <input type="checkbox"/> 落ち着きがない	障害者手帳(予定): 無・有 (身体・精神・療育) 特別支援学級在籍(予定): 無・有 (知的・情緒) 放課後等デイサービスの利用(予定): 無・有 ()				
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。							
利用予定日	氏名:	週()日利用	月・火・水・木・金・土				
	氏名:	週()日利用	月・火・水・木・金・土				
	氏名:	週()日利用	月・火・水・木・金・土				
主たる送迎者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()						
迎えの時間	おおよそ 時 分頃						
交通機関	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他()						
備考							