# 家庭状況調査書

本調査書は、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、お子さんの適切な発達支援のため、本調査書の内容を関係機関や保育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に、乳幼児健診等の受診結果などを照会したり、保育施設等での生活状況等の情報を学校等へ提供したりする場合があります。

趣旨に同意されない場合は、「同意しない」に☑を入れてください。

□同意しない

| 記入日 | 令和　　年　　月　　日 |
|---|---|

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 児童 | フリガナ | | | 性別 | □男<br>□女 | 生年月日 | 令和　　年　　月　　日（　　歳）<br>※令和9年4月1日時点 |
| | 氏名 | | | | | | |
| | 血液型 | 型 | 平熱 | 度 | かかりつけ医<br>医療機関 | 1<br>TEL<br>2<br>TEL | |
| | 出産 | 第　　子（出生時体重：　　g） | | | | | |
| | | 〔分娩の経過〕　□安産　□難産　□鉗子・吸引　□帝王切開　□早産（　　か月） | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保護者 | 父 | フリガナ | | 生年月日 | □昭和<br>□平成　　年　　月　　日 |
| | | 氏名 | | | |
| | | 勤務先 | | 連絡先 | TEL<br>□自宅　□会社　□携帯 |
| | 母 | フリガナ | | 生年月日 | □昭和<br>□平成　　年　　月　　日 |
| | | 氏名 | | | |
| | | 勤務先 | | 連絡先 | TEL<br>□自宅　□会社　□携帯 |

| | | |
|---|---|---|
| 通園状況 | 集団生活の経験の有無 | □なし　□あり |
| | 集団生活経験場所（施設名） | |
| | 通園方法 | □自動車　□自転車　□公共交通機関　□徒歩　□その他（　　） |
| | 送迎者 | □父　□母　□祖父　□祖母　□その他（　　） |
| | 希望保育時間 | 時　　分　から　　時　　分まで　※希望している保育必要量（標準時間・短時間）の範囲内で記入してください。 |

| | 順位 | 氏名（児童との続柄） | 連絡先 |
|---|---|---|---|
| 緊急連絡先 | 1 | （　　） | TEL　□自宅　□会社　□携帯 |
| | 2 | （　　） | TEL　□自宅　□会社　□携帯 |
| | 3 | （　　） | TEL　□自宅　□会社　□携帯 |

＜　裏面も記入してください　＞

| | | |
|---|---|---|
| 食事 | ①現在どんな食事をしていますか | □母乳　□ミルク　□混合乳　□離乳食　□普通 |
| | ②食べるとき何を使っていますか | □スプーン　□フォーク　□はし |
| | ③どのような食べ方ですか | □食べさせてもらう　□一部介助　□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ください） | |
| | 授乳時間及び回数、量 | □授乳時間が決まっている<br>→１日　　回（　　時頃：　　cc、　　時頃：　　cc、　　時頃：　　cc）<br>□授乳時間が決まっていない→１日　　回、　　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ください） | |
| | 離乳開始時期 | か月　離乳完了時期　か月　食数　回（□朝　□昼　□夜） |
| | 調理状況 | □ポタージュ状　□舌で潰せる固さ　□歯茎で潰せる固さ　□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ください） | |
| | 食事量 | □多い　□普通　□少ない　□むら食い　偏食　□なし　□あり |
| | 好きな食べ物 | 嫌いな食べ物 |
| | 食物アレルギーの有無 | □なし　□あり→医師の診断（□なし　□あり）<br>エピペンの処方（□なし □あり→□使用歴あり □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 | 時　分頃 |
| | ②夜寝る時間は何時ですか | 時　分頃 |
| | ③お昼寝の習慣はありますか | □なし　□あり（　時　分～　時　分） |
| | ④寝るときの癖はありますか | □なし　□あり（　） |
| | ⑤添い寝の習慣はありますか。誰としますか | □なし　□あり（誰と：　） |
| 発達・健康 | ①身体障害者手帳、療育手帳等の有無 | □なし　□あり（身体・療育　級） |
| | ②今までにかかった**病気や通院中の持病などがあれば該当項目に☑**を入れてください<br>安全な保育のために重要な事項となります。漏れのないようご記載ください　※当てはまる項目が無い場合は**その他**に記載 | |
| | □特になし　□喘息　□扁桃腺　□脱臼（右　回、左　回）　□麻疹　□耳下腺炎　□風疹　□水痘<br>□百日咳　□てんかん（治療薬：　）　□アレルギー性皮膚炎（治療薬：　）<br>□食物アレルギー以外のアレルギー（アレルギー物質名：　）<br>□ひきつけ（　回、病歴：　歳　か月・　歳　か月）□その他（　） | |
| | ③常用している処方薬はありますか | □ない　□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☑**を入れてください | |
| | □Ｂ型肝炎　□肺炎球菌　□ＢＣＧ　□麻しん風しん　□水痘　□日本脳炎<br>□五種混合(もしくは四種混合＋ヒブ)　□ロタウイルス　□その他（耳下腺炎等） | |
| | ⑤乳幼児健診の受診状況について、**受診済みのものに☑**を入れてください | |
| | □３・４か月　（　□指導なし　□指導あり　） | 指導内容 |
| | □９・１０か月（　□指導なし　□指導あり　） | 指導内容 |
| | □１歳６か月　（　□指導なし　□指導あり　） | 指導内容 |
| | □３歳児　（　□指導なし　□指導あり　） | 指導内容 |
| | □就学時　（　□指導なし　□指導あり　） | 指導内容 |
| その他 | 入所（園）にあたり、事前に保育施設に伝えたいことや相談したいことなどありましたら、記入してください。 | |

↓　**現在の状態で該当する項目に☑**を入れてください　↓

| | |
|---|---|
| 排泄 | □オムツをしている　□睡眠時のみオムツをしている　□トレーニング中<br>□おしっこは一人でできる　□うんちの後始末もできる |
| 運動 | □首が座っている　□寝返りをうつ　□ハイハイ　□つたい歩き　□歩き始め　□歩く<br>□跳ねる　□走る |
| 言葉 | □声を出して笑う　□人見知りをする　□単語を話す　□大人の話す簡単な言葉がわかる<br>□目を合わせて会話ができる |