

【 家 庭 状 況 等 調 査 票 】

令和3年度

(宛先) 滑川町長

(ふりがな) 保護者氏名 <small>(署名又は記名・押印)</small>	㊟	(ふりがな) 児童氏名	男・女
	※入所決定した保育施設に、本調査票及び保育を必要とする事由を証明する書類の写しを提供することに同意します。		児童の 生年月日
住所	〒355-滑川町		
第1連絡先	いずれかに○をしてください。※昼間に連絡がとれる電話番号 父携帯・母携帯・自宅・会社・その他()	第2連絡先	いずれかに○をしてください。※昼間に連絡がとれる電話番号 父携帯・母携帯・自宅・会社・その他()
	☎ — —		☎ — —

○児童の状況

現在の保育状況	①自宅で保育している(週 日) □母 □父 □祖父母 □親類 □友人 □その他()
	②預けている(週 日) 年 月 日から □祖父母 □親類 □友人 □同伴就労 □その他() □保育施設(名称:) □幼稚園(名称:) □家庭保育室(名称:) □その他()
健康状態	①今までに重い病気にかかったことがありますか？(既往症) 病名() □ない □ある
	②発達や慢性的な病気のことで相談している病院や施設がありますか？ 病名等() □ない □ある 主治医指摘事項() 病院・施設の名称()
	③「身体障害者手帳」または「療育手帳」をお持ちですか？ 障害名() □ない □ある 身体障害者手帳(級) / 療育手帳()
	④アトピーやアレルギー等がありますか？ 症状() □ない □ある
	⑤集団給食での除去食の必要はありますか？ ※除去食ありの場合は生活管理指導表の提出 除去食名() □ない □ある

○特記事項(保育の実施にあたり、家庭や児童の状況について特記事項がございましたらご記入ください。)

裏面に続く

【 家 庭 状 況 等 調 査 票 】

○保護者の状況

保育が必要な理由		父親の状況 <input type="checkbox"/> 不在	母親の状況 <input type="checkbox"/> 不在
就労状況	雇用形態	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他 ()
	勤務先名 ※予定の場合も記入	電話 _____ 内線 _____	電話 _____ 内線 _____
	勤務先所在地	住所： _____ 通勤方法 () 通勤時間 ()	住所： _____ 通勤方法 () 通勤時間 ()
	仕事内容	_____	_____
	勤務時間	平日 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分 まで 土・日 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分 まで	平日 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分 まで 土・日 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分 まで
	休日	<input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> その他 (_____ 曜日) <input type="checkbox"/> 不定休	<input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> その他 (_____ 曜日) <input type="checkbox"/> 不定休
	就労(予定)年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 から	_____ 年 _____ 月 _____ 日 から
疾病	病名	_____	_____
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院 (_____ 年 _____ 月 _____ 日から) <input type="checkbox"/> 通院 (週・月 _____ 回) <input type="checkbox"/> 自宅療養中	<input type="checkbox"/> 入院 (_____ 年 _____ 月 _____ 日から) <input type="checkbox"/> 通院 (週・月 _____ 回) <input type="checkbox"/> 自宅療養中
障害	障害名	_____	_____
	手帳の有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 身体 (_____ 級) 精神 (_____ 級) 療育 (_____)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 身体 (_____ 級) 精神 (_____ 級) 療育 (_____)
看護・介護	被看護者	_____ 続柄 (_____)	_____ 続柄 (_____)
	病名等	_____	_____
	居宅内	<input type="checkbox"/> 全介護 <input type="checkbox"/> 常時観察介護 <input type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> 全介護 <input type="checkbox"/> 常時観察介護 <input type="checkbox"/> 要介護
	居宅外	<input type="checkbox"/> 入院 (_____ 年 _____ 月 _____ 日から)	<input type="checkbox"/> 入院 (_____ 年 _____ 月 _____ 日から)
休業	出産・育児休業	<input type="checkbox"/> 出産休暇 (_____ 年 _____ 月 _____ 日まで) <input type="checkbox"/> 育児休暇 (_____ 年 _____ 月 _____ 日まで)	出産予定日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 予定) <input type="checkbox"/> 出産休暇 (_____ 年 _____ 月 _____ 日まで) <input type="checkbox"/> 育児休暇 (_____ 年 _____ 月 _____ 日まで)

○祖父母の状況

父 方			母 方		
【祖父】 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 不在	住所	_____	【祖母】 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 不在	住所	_____
	電話	_____		電話	_____
	氏名	_____		氏名	_____
	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)		生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)
	職業	_____		職業	_____
健康状態		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾病 (入院・通院)	健康状態		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾病 (入院・通院)
【祖母】 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 不在	住所	_____	【祖父】 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 不在	住所	_____
	電話	_____		電話	_____
	氏名	_____		氏名	_____
	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)		生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)
	職業	_____		職業	_____
健康状態		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾病 (入院・通院)	健康状態		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾病 (入院・通院)