

【 家 庭 状 況 等 調 査 票 】

令和7年度

(宛先) 滑川町長

(ふりがな) 保護者氏名	※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。	(ふりがな) 児童氏名	男・女
住 所	〒355- 滑川町		
第1連絡先	いずれかに○をしてください。※屋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。※屋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() ☎ - -
	児童の生年月日	平成・令和 年 月 日 令和7年4月1日時点の年齢(歳)	

○児童の状況

現在の保育状況	①自宅保育している(週 日) <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 親類 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他()	
	②預けている(週 日) 年 月 日から <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 親類 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 同伴就労 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 保育施設(名称:) <input type="checkbox"/> 幼稚園(名称:) <input type="checkbox"/> 家庭保育室(名称:) <input type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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() 主治医指摘事項() 病院・施設の名称()	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	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() 身体障害者手帳(級) / 療育手帳()	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	④アトピーやアレルギー等がありますか？ 症状()	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	⑤集団給食での除去食の必要はありますか？ ※ある場合は生活管理指導表を保育施設に提出 除去食名()	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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	平日 時 分 ~ 時 分 まで
		土・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 (令和 年 月 日まで)	出産予定日 (令和 年 月 日予定)
		<input type="checkbox"/> 育児休暇 (令和 年 月 日まで)	<input type="checkbox"/> 出産休暇 (令和 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 育児休暇 (令和 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)
【祖母】 <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)