

家庭状況等調査表

〈1〉 家庭の状況について

		母の状況	父の状況
右の当てはまるものに○をつけ、以下の該当する欄に記入してください。		①就労(外勤、自営、農業、内職ほか) ②産前産後 ③病気・障害 ④介護・看護 ⑤学生 ⑥不存在 ⑦求職中	①就労(外勤、自営、農業、内職ほか) ③病気・障害 ④介護・看護 ⑤学生 ⑥不存在 ⑦求職中
① 就 労	事業所名	(経営者が親族の場合 母との続柄:)	(経営者が親族の場合 父との続柄:)
	就労先住所	〒(- -)	〒(- -)
	就労時間	<input type="checkbox"/> 午前 時 分から 午前 時 分まで <input type="checkbox"/> 午後 時 分から 午後 時 分まで <input type="checkbox"/> 交代勤務制 (1日 時間勤務)	<input type="checkbox"/> 午前 時 分から 午前 時 分まで <input type="checkbox"/> 午後 時 分から 午後 時 分まで <input type="checkbox"/> 交代勤務制 (1日 時間勤務)
	※ 現在「育児休業等に関する法律」に基づく育児休業を取得していますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (年 月 日まで)		
② 産前産後		出産予定日または出産日はいつですか? (年 月 日)	
③ 病 気 ・ 障 害	病名・障害名		
	障害認定の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種別等級:)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種別等級:)
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院 (期間予定: 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 通院 (月 日) <input type="checkbox"/> 自宅療養	<input type="checkbox"/> 入院 (期間予定: 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 通院 (月 日) <input type="checkbox"/> 自宅療養
④ 介 護 ・ 看 護	介護等を受ける人	氏名: 母との続柄:	氏名: 父との続柄:
	病名・障害名		
	介護認定の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要介護度:)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要介護度:)
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院 (期間予定: 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 通院 (月 日) <input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 入院 (期間予定: 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 通院 (月 日) <input type="checkbox"/> 在宅
⑤ 学 生	種 別	<input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> その他 ()
	学校名		
	就学時間・日数	<input type="checkbox"/> 午前 時 分から 午前 時 分まで <input type="checkbox"/> 午後 時 分から 午後 時 分まで 月: 日間、週: 日間	<input type="checkbox"/> 午前 時 分から 午前 時 分まで <input type="checkbox"/> 午後 時 分から 午後 時 分まで 月: 日間、週: 日間
⑥ 不 存 在	理 由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> 拘禁 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> 拘禁 <input type="checkbox"/> その他 ()
	事由発生年月日	年 月 日 (頃) より	年 月 日 (頃) より

現在、別居中の場合は記入してください。	<input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> 離婚前提の別居 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> 離婚前提の別居 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他 ()
---------------------	---	---

生活保護を受けていますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中
---------------	---

※裏面も必ず記入してください。

入園希望児童名（生年月日）	（H . . 生）
---------------	-----------

〈2〉児童の保育の状況について

現在の保育の状況	<input type="checkbox"/> 保護者が保育	<input type="checkbox"/> 自宅で保育している（ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母） <input type="checkbox"/> 職場に連れていく（ <input type="checkbox"/> 職場内託児所 <input type="checkbox"/> その他 _____）
	<input type="checkbox"/> 保護者以外が保育	<input type="checkbox"/> 親族が保育（続柄： _____）（住所： _____） <input type="checkbox"/> 知人・友人が保育（氏名： _____）（住所： _____） <input type="checkbox"/> 保育所入所中（施設名： _____） <input type="checkbox"/> 一時預かり保育を利用（施設名： _____）（利用頻度： 週 _____ 日） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
集団生活の経験がありますか？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（入所施設名： _____） （入所期間： _____ 年 _____ 月から _____ 年 _____ 月まで）	

〈3〉児童の健康の状況について

今までに大きな病気・ケガをしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ※「はい」の場合 →（病名： _____） （現在の状況： <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中）
ひきつけ・けいれんを起こしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ※「はい」の場合 → 服薬はしていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
アレルギーのため、食事から除去しなければならない食品がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ※「はい」の場合 → <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
心身の発達について、専門機関に相談していますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ※「はい」の場合 →（機関名： _____） （いつ頃から： _____ 年 _____ 月から）
障害者手帳や療育手帳等をお持ちですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中 ※「はい」の場合 →（手帳の種類： _____） （等級や程度： _____）
その他の発育状況	1. 話すときの視線は合いますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 2. 耳が遠いという心配はありませんか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 3. 名前を呼ぶと振り向きですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 4. 転ばないで歩けますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 5. 排泄は？ <input type="checkbox"/> オムツを使用 <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人で行けるが補助が必要 <input type="checkbox"/> 一人で行ける 6. 食事は？ <input type="checkbox"/> 全面介助が必要 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 時間がかかるが一人で食べられる <input type="checkbox"/> 一人で食べられる 7. 言語は？ <input type="checkbox"/> 普通に話せる <input type="checkbox"/> 単語程度で意思交換ができる <input type="checkbox"/> 話せないと言われることはわかる <input type="checkbox"/> 話せないと言われることもわからない