

# 保育所入所児童調査票

児童氏名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_ 歳) 保護者名: \_\_\_\_\_

児童の状況

<input type="checkbox"/> 自宅で見ている……………保護者名		児童との続柄
<input type="checkbox"/> 自宅以外に預けている……………	<input type="checkbox"/> 認可保育所 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 知人	
	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
保護者または保育所名:	利用開始年月: _____ 年 _____ 月から	
所在地:	電話: _____ ( _____ )	
保育時間: 午前・午後 _____ 時 _____ 分から 午前・午後 _____ 時 _____ 分まで		
利用頻度: <input type="checkbox"/> 週4日以上 <input type="checkbox"/> 週3日以内	保育料(月額) _____ 円	
<input type="checkbox"/> 職場に連れて行っている (状況: _____ )		
健康	アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容: _____ )	
状態等	その他発達上の心配事や定期的な通院等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容: _____ )	

保育に欠ける状況について (複数チェック可)

	父	親
<input type="checkbox"/> 就労	就労形態 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) 勤務先 ( _____ ) _____ 年 _____ 月より就労 1ヶ月に _____ 日以上 勤務時間 平日 _____ 時 _____ 分～ _____ 時 _____ 分 土曜日 _____ 時 _____ 分～ _____ 時 _____ 分 育休の予定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (期間: _____ )	就労形態 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) 勤務先 ( _____ ) _____ 年 _____ 月より就労 1ヶ月に _____ 日以上 勤務時間 平日 _____ 時 _____ 分～ _____ 時 _____ 分 土曜日 _____ 時 _____ 分～ _____ 時 _____ 分 育休の予定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (期間: _____ )
<input type="checkbox"/> 出産	母子手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 出産予定日 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日) 出産後の予定 ( _____ )	
<input type="checkbox"/> 病気・ケガ	診断書 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容: _____ )	診断書 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容: _____ )
<input type="checkbox"/> 障害	手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容: _____ )	手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容: _____ )
<input type="checkbox"/> 介護	被介護者氏名 _____ 続柄 _____ <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	被介護者氏名 _____ 続柄 _____ <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	<input type="checkbox"/> 入院: 期間(予定) ( _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 通院: 1週間に _____ 回 1日に _____ 時間介護 <input type="checkbox"/> 自宅: 1週間に _____ 回 1日に _____ 時間介護 確認できるもの <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容 _____ )	<input type="checkbox"/> 入院: 期間(予定) ( _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 通院: 1週間に _____ 回 1日に _____ 時間介護 <input type="checkbox"/> 自宅: 1週間に _____ 回 1日に _____ 時間介護 確認できるもの <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容 _____ )
<input type="checkbox"/> 家庭の災害	災害の状況 (原因・状態等具体的に)	
	災害を受けた年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	復旧見込年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

世帯の状況

ひとり親世帯	ひとり親世帯である <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (理由: <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別)
送迎の予定	送りの担当者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
	迎えの担当者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

祖父母の状況

		氏名	職業	傷病	入所児童との同居・別居、住所
父方	祖父	( _____ 歳)		有・無	同・別
	祖母	( _____ 歳)		有・無	同・別
母方	祖父	( _____ 歳)		有・無	同・別
	祖母	( _____ 歳)		有・無	同・別

・入所にあたり、特に配慮が必要なことなどをご自由にお書きください

※ この調査票は、入所児童及びその家族の状況について把握するものです。該当する□の欄に✓を記入し、必要事項を記入して下さい。