第5号様式（第3条関係）

家　庭　の　状　況

不存在の場合、氏名欄は空欄で提出してください。父母以外が保護者の場合、父母欄を二重線で消し、欄外に続柄を記載してください。	フリガナ 母（氏名　　）の状況	フリガナ 父（氏名　　）の状況

No.	該当に○		該当する状況すべてに○をして、詳しく記載してください。			
1	就労（内定）	就労状況	□会社勤務 □自営業・親族経営会社勤務		□会社勤務 □自営業・親族経営会社勤務	
		事業所名				
		勤務地				
		仕事内容				
		通勤時間	自宅から勤務先まで 片道　　時間　　分 通勤利用駅（　　駅）～（　　駅）		自宅から勤務先まで 片道　　時間　　分 通勤利用駅（　　駅）～（　　駅）	
		育児休業取得の有無	□ 有 → □ 無	産休　　年　　月　　日まで 育休　　年　　月　　日まで	□ 有 → □ 無	産休　　年　　月　　日まで 育休　　年　　月　　日まで
2	妊娠・出産		出生（予定）日：　　年　　月　　日 （出生後に申込みの場合、出生日を記載してください）			
			今後の予定	現在の職場に復帰 ・ 求職 ・ その他		
3	傷病・心身障害		傷病名・障害名		傷病名・障害名	
			手 帳 〈保持の場合〉	身体障害者手帳 ・ 愛の手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳（　　級・度）	手 帳 〈保持の場合〉	身体障害者手帳 ・ 愛の手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳（　　級・度）
			入 院 〈入院中（予定）の場合〉	年　　月　　日から	入 院 〈入院中（予定）の場合〉	年　　月　　日から
			通院 ・ 施設通所 〈該当の場合〉	週 ・ 月　　回	通院 ・ 施設通所 〈該当の場合〉	週 ・ 月　　回
4	看護・介護		＊入所希望児童と看護・介護を必要としている方との続柄 〈例：曾祖父母等〉（　　）		＊入所希望児童と看護・介護を必要としている方との続柄 〈例：曾祖父母等〉（　　）	
5	就学	学校名				
		学校所在地				
		通学時間	自宅から就学先まで 片道　　時間　　分 通学利用駅（　　駅）～（　　駅）		自宅から就学先まで 片道　　時間　　分 通学利用駅（　　駅）～（　　駅）	
6	求職活動		開始時期	□　　年　　月　　日から □ 保育園入園次第	開始時期	□　　年　　月　　日から □ 保育園入園次第
7	不存在	理由	死亡・離婚・別居・未婚・失踪・その他 年　　月　　日（頃）から		死亡・離婚・別居・未婚・失踪・その他 年　　月　　日（頃）から	
		養育費等経済的援助	有（月額　　円）・ 無		有（月額　　円）・ 無	
住居			自家・賃貸（戸建・マンション・アパート）社宅・公営住宅・その他（　　）			

入園希望児童の祖父母の状況について、記載してください。

			氏　　名	年齢	健 康 状 態（病 名 等）	職　業　等	不存在
祖父母の状況	母 方	祖父					□
		祖母					□
		住所					
	父 方	祖父					□
		祖母					□
		住所					

＊裏面も必ず記入してください。

児童の健康状況報告書(裏面)

入所希望児童氏名	1人目氏名		2人目氏名	

出生時の状況

出生時の体重	g	g
出産期間	週	週
出生時の異常	有　／　無	有　／　無
症状(病名等)		

≪0～2歳クラスをお申込みの場合≫
出生時体重が1,000g未満又は妊娠28週未満で生まれたお子様については、「主治医の意見書」及び「心身状況表」を提出してください。

≪3～5歳クラスをお申込みの場合≫
出生時体重が1,000g未満かつ妊娠28週未満で生まれ、現在も通院があるお子様については、「主治医の意見書」及び「心身状況表」を提出してください。

現在の状況

現在の身長・体重	cm　／　kg	cm　／　kg
現在の児童の保育状況	□家庭でみている(父母 ・ その他:　　) □勤務先に連れていく □保育所利用中 (　　保育園:　　年　　月～)	□家庭でみている(父母 ・ その他:　　) □勤務先に連れていく □保育所利用中 (　　保育園:　　年　　月～)
慢性疾患・定期通院(※)の有無	有　／　無	有　／　無
疾患名・病名		
発症年齢	歳　　か月	歳　　か月
手帳の有無	□持っていない	□持っていない
	□持っている(申請中を含む) □愛の手帳　(　　)度 □身体障害者手帳　(　　)級 □精神障害者保健福祉手帳　(　　)級	□持っている(申請中を含む) □愛の手帳　(　　)度 □身体障害者手帳　(　　)級 □精神障害者保健福祉手帳　(　　)級

※慢性疾患がある、または定期通院中の場合は「主治医の意見書」及び「心身状況表」をご提出ください。
ただし、定期通院が川崎病(後遺症として手術を必要とする動脈瘤がある場合を除く)・心室中隔欠損・眼振・気管支喘息・尿道下裂のいずれかによるもののみで、発達等の指摘を健康診断等で受けたことがない場合に限り、通院中であっても「主治医の意見書」等の提出は不要です。

アレルギー

アレルギーの有無	有　／　無	有　／　無
	※「有」の場合は対象を問わず、以下の項目に記入してください。	
アレルギーの種類		
アレルギー症状		
ショック症状の経験の有無	有　／　無	有　／　無
服薬の有無	有　／　無	有　／　無
	※園では原則お薬をお預かりできません。	

発達の状況

健康診断における指摘の有無	3～4か月	1歳半	3歳	3～4か月	1歳半	3歳
	有 ／ 無	有 ／ 無	有 ／ 無	有 ／ 無	有 ／ 無	有 ／ 無
指摘の内容						

現在、発達や疾病等について相談や通院をしている施設や病院があれば、記入してください。

上記以外で、健康上・発達上気になることや食事等で生活上配慮が必要なことを記入してください。