

家 庭 の 状 況

不在の場合、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				
該当する項目に丸をつけてください。		1. 外勤(常勤・パート) 2. 自営(自宅[中心・協力]、自宅外) 3. 内職 4. 求職中(未定・内定) 5. 学生 6. その他()	1. 外勤(常勤・パート) 2. 自営(自宅[中心・協力]、自宅外) 3. 内職 4. 求職中(未定・内定) 5. 学生 6. その他()				
就 労	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				
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				
不 在 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				
そ の 他	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)				
		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				
	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)()					
	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)							
現在の状況		産休 年 月 日まで 育休 年 月 日まで					
今後の予定	現在の職場に復帰・求職・その他						
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()						
同居者	(入所希望児童との続柄で丸印) 祖父・祖母・伯父・伯母・叔父・叔母・兄・姉・その他()						
同居者が保育にあたれない理由	具体的に・・・						
		氏 名	年 齢	健 康 状 態(病 名 等)	職 業 等	不 在 在	
祖 父 母 の 状 況	母	祖父				<input type="checkbox"/>	
		祖母				<input type="checkbox"/>	
	方	住所					
	父	祖父					<input type="checkbox"/>
		祖母					<input type="checkbox"/>
	方	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）

1人目	入所希望児童氏名	現在の身長・体重	cm/	g						
出生時の状況	出生時の体重	g	出産期間	週						
	出生時の異常	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	現在の児童の保育状況 <small>※当てはまるものに丸を付けてください。</small>	家庭でみている(父母・その他：)/ 勤務先に連れて行く / 保育所利用中(年 月～)								
	慢性疾患・定期通院の有無	有 / 無	※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。							
	疾患名・病名									
	発症年齢	歳 か月								
	予防接種 ※接種したものに丸を付けてください。	愛の手帳		身体障害者手帳						
DPT-IPV(ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ)/BCG/MR(麻疹・風疹) / 日本脳炎/Hib/小児肺炎球菌/水痘/B型肝炎		有 / 無	有 / 無							
アレルギー	アレルギー	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。							
	アレルギー物質									
	アレルギー症状									
発達の状況	ショック症状の経験の有無	有 / 無	服薬の有無	有 / 無	※園では原則お薬をお預かりできません。					
	健康診断における指摘の有無	有 / 無	3～4か月	有 / 無	1歳半	有 / 無	3歳	有 / 無	指摘の内容	
	首のすわり	未 / 済	寝返り		未 / 済	か月頃から	ひとりでのお座り	未 / 済		
	這うことができる	未 / 済	か月頃から	つかまり立ち	未 / 済	か月頃から	歩行	未 / 済	か月頃から	
発語(1語文)	未 / 済	か月頃から	発語(2語文以上)	未 / 済	か月頃から	語文				
その他	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。									

2人目	入所希望児童氏名	現在の身長・体重	cm/	g						
出生時の状況	出生時の体重	g	出産期間	週						
	出生時の異常	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	現在の児童の保育状況 <small>※当てはまるものに丸を付けてください。</small>	家庭でみている(父母・その他：)/ 勤務先に連れて行く / 保育所利用中(年 月～)								
	慢性疾患・定期通院の有無	有 / 無	※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。							
	疾患名・病名									
	発症年齢	歳 か月								
	予防接種 ※接種したものに丸を付けてください。	愛の手帳		身体障害者手帳						
DPT-IPV(ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ)/BCG/MR(麻疹・風疹) / 日本脳炎/Hib/小児肺炎球菌/水痘/B型肝炎		有 / 無	有 / 無							
アレルギー	アレルギー	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。							
	アレルギー物質									
	アレルギー症状									
発達の状況	ショック症状の経験の有無	有 / 無	服薬の有無	有 / 無	※園では原則お薬をお預かりできません。					
	健康診断における指摘の有無	有 / 無	3～4か月	有 / 無	1歳半	有 / 無	3歳	有 / 無	指摘の内容	
	首のすわり	未 / 済	寝返り		未 / 済	か月頃から	ひとりでのお座り	未 / 済		
	這うことができる	未 / 済	か月頃から	つかまり立ち	未 / 済	か月頃から	歩行	未 / 済	か月頃から	
発語(1語文)	未 / 済	か月頃から	発語(2語文以上)	未 / 済	か月頃から	語文				
その他	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。									