

親子写真

児童氏名		生年月日（西暦）		親子写真	
リガナ	男 女	年 月 日			
児童の兄弟姉妹の年齢	才	才	才		
自宅住所	〒				
自宅電話番号					
父	(氏名)		(年齢) 才		
	(携帯番号)				
母	(氏名)		(年齢) 才		
	(携帯番号)				
保育を必要とする理由（○を付けてください。複数可） 就労 ・ 疾病（診断名： ） ・ 求職 ・ 妊娠 出産（出産予定日： ） 介護 看護（どなたか： ） ・ その他（ ）					
入所希望月	年 月 から	希望時間	9:00～（ : ）		
		希望曜日	（希望する曜日に○） 月 火 水 木 金		
		その他（週2 どころでもなど）			

◆父の状況

就 労 <input type="checkbox"/> 外 勤 <input type="checkbox"/> 自 営	勤務先名		電話番号		()	
	所 在 地					<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 在宅勤務
	勤務時間	平日	時	分から	時	分まで、土曜
	休 日	曜日		時	分から	時
そ の 他	求職中又は他の状況.....					
	状況について・備考.....					
	必要時間	平日	時	分から	時	分まで、土曜

◆母の状況

就労 <input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営	勤務先名	電話番号 ()									
	所在地	<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 在宅勤務									
	勤務時間	平日	時	分から	時	分まで、土曜	時	分から	時	分まで	
	休日	曜日									
その他	求職中又は他の状況.....										
	状況について・備考.....										
	必要時間	平日	時	分から	時	分まで、土曜	時	分から	時	分まで	

◆その他 特別なご事情などありましたらご記入ください。

--

お子さんについてご記入下さい

お名前 _____ 男 ・ 女 _____ 生年月日 西暦 _____ 年 月 日

♡ 健康状態

1. 食べものなどでアレルギー症状が出たことがありますか？ [いいえ ・ はい]
「はい」の方は、どんな症状ですか？また、アレルギー診断は出ていますか？
(診断: あり ・ なし)
2. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか？ [いいえ ・ はい (今までに _____ 回)]
「はい」の方は、どんな状態でひきつけましたか？また、最後のひきつけはいつですか？
(最後のひきつけ _____)
3. 脱臼をしたことがありますか？ (「肘内障」と言われたことがありますか) [いいえ ・ はい]
「はい」の方は、 (いつ) (部位) 右 ・ 左
4. 現在治療中、経過観察中の病気および、既往症がありますか？ [いいえ ・ はい]
「はい」の方は、病名をお書きください。
(_____)
5. 病気のことで治療や相談していた病院や施設、公共機関はありますか？ [いいえ ・ はい]
「はい」の方は、病名、 症状をお書きください。
(病名: _____ 症状: _____ 施設名: _____)
6. お子さんの発達のことと相談している病院や療育施設、公共機関はありますか？ [いいえ ・ はい]
(相談内容: _____ 施設名: _____)
7. 身体障がい者手帳・愛の手帳をお持ちですか？ [いいえ ・ はい]

♡ 健診受診状況

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| ・1 か月児健康診査[受けた・受けていない] | ・9～10 か月健康診査[受けた・受けていない] |
| ・3～4 か月健康診査[受けた・受けていない] | ・1 歳 6 か月健康診査[受けた・受けていない] |
| ・6～7 か月健康診査[受けた・受けていない] | ・3 歳児健康診査[受けた・受けていない] |

*その時、相談したことや指導を受けたことはありますか？[ない・ある]

(_____)

♡ 保護者の方の状況

子育ての事や、ご自身の事で、定期的に相談している機関(市役所子ども家庭支援センター、保健センターなど)はありますか？

「はい」の方は、機関名をご記入ください。

(機関名: _____)