

児童の状況等調査(2号・3号認定)

記入日 令和 年 月 日

児童名	児童生年月日	※在園(所)の場合
	平成・令和 年 月 日	

【児童の状況】

保育 状況	<input type="checkbox"/> 自宅で見ている	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他(保育者名 児童との続柄)
	<input type="checkbox"/> 自宅外で見ている	<input type="checkbox"/> 認定こども園(幼稚園部分) <input type="checkbox"/> 認可外保育園 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他()
	保育者または保育所名	
	<input type="checkbox"/> 職場で保育している	<input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 自宅(職場と自宅が同じ場所) <input type="checkbox"/> その他()
健康 状況	健診の受診 (健診時の指導等)	<input type="checkbox"/> 4か月健診 <input type="checkbox"/> 10か月健診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
	病歴・ 持病等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 病名(: 年 月 日~)
		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院歴 ※その後の経過()
	発育	言葉や発育について相談している病院や施設 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(相談先 : 年 月 日~)
	アレルギー の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他() ※除去の内容 <input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 部分除去 <input type="checkbox"/> 除去なし ※医師の指導について <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない ※食物以外のアレルギー()
	投薬の状況 <small>※原則、保育所等での 投薬行為はできません。</small>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 薬の名称() <input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> その他() 回/日
その他		

【保護者の状況】

ここ1年以内で、出産の予定はありますか？	ない / ある (出産予定日 年 月 日)
ここ1年以内で、産休や育休の取得予定はありますか？	ない / ある (予定期間 年 月~ 年 月)
外国籍の方は、国籍や日本語会話能力、身近に通訳ができる人の有無について教えてください。(◎よくてできる ○できる △あまりできない ×できない)	
父親: 国籍()	日本語: (聞く◎) (話す◎) 通訳: 有・無()
母親: 国籍()	日本語: (聞く◎) (話す◎) 通訳: 有・無()
児童: 国籍()	日本語: (聞く◎) (話す◎) 通訳: 有・無()

【祖父母の状況】

※年齢は、令和2年4月1日現在でご記入ください。
 ※65歳未満の同居祖父母の方は、就労状況等が確認できる書類をご提出ください。

続柄	氏名・生年月日	年齢	住所	現況
父方	祖父 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 同居予定(年 月頃)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他
			<input type="checkbox"/> 別居(住所をご記入ください)	
母方	祖母 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 同居予定(年 月頃)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他
			<input type="checkbox"/> 別居(住所をご記入ください)	