

【 家 庭 状 況 等 調 査 票 】

令和8年度

児童氏名	(フリガナ)	生年月日	年 月 日(歳)	男・女

○保護者の状況

		母の状況	父の状況
就 労	雇用の形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 非常勤・臨時 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 業務委託 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 自営業 (<input type="checkbox"/> 居宅内 <input type="checkbox"/> 居宅外)	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 非常勤・臨時 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 業務委託 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 自営業 (<input type="checkbox"/> 居宅内 <input type="checkbox"/> 居宅外)
	仕事先の名称 (予定の場合も記入)	電話 ()	電話 ()
	勤務先の所在地	住所 ・通勤手段 ・通勤時間	住所 ・通勤手段 ・通勤時間
	勤務時間・日数	時 分から 時 分 週 ・ 月 日	時 分から 時 分 週 ・ 月 日
	就労(予定)年月日	年 月 日から	年 月 日から
	求職中	【活動内容】	【活動内容】
就 学	学校名		
	期間	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
疾 病	病名		
	病院名		
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院 (年 月 日から) <input type="checkbox"/> 通院 (週・月 回) <input type="checkbox"/> 自宅療養中	<input type="checkbox"/> 入院 (年 月 日から) <input type="checkbox"/> 通院 (週・月 回) <input type="checkbox"/> 自宅療養中
障 害	障害名		
	手帳の有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (身体・精神・療育 級)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (身体・精神・療育 級)
看 護 ・ 介 護	非看護・介護者	続柄()	続柄()
	病名等		
	居宅内	<input type="checkbox"/> 全介護 <input type="checkbox"/> 常時観察介護 <input type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> 全介護 <input type="checkbox"/> 常時観察介護 <input type="checkbox"/> 要介護
	居宅外	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ()
妊 娠 ・ 育 出 産 休 業	妊娠・出産 (申請時点)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (予定日 年 月 日)	
	産前・産後休暇	年 月 日 ~ 年 月 日	
	育児休暇	<input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 取得済 年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 取得済 年 月 日 ~ 年 月 日

○祖父母の状況(別居・同居にかかわらずご記入ください)

		母方	父方
祖 父	氏名		
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日(歳)	大正・昭和・平成 年 月 日(歳)
	住所		
	状態	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他
	就労状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1日()時間)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1日()時間)
祖 母	氏名		
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日(歳)	大正・昭和・平成 年 月 日(歳)
	住所		
	状態	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他
	就労状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1日()時間)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1日()時間)

○児童の状況

現在の 保育 状況	1. 自宅で保育している	保育している人 / <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()		
	2. 預けている	週 日 / <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 親類 <input type="checkbox"/> 友人 同伴就労 <input type="checkbox"/> その他()		
	3. 保育施設・幼稚園等	<input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 認定子ども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時保育 <input type="checkbox"/> その他 (施設名) (所在地/市町村名)		
生育 歴	出生時	身長 (cm) 体重 (g)		
	現在の身長・体重	身長 (cm) 体重 (kg)		
	身体発達状況	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> ややおそい <input type="checkbox"/> おそい 首のすわり (か月) 這う (か月) ひとり歩き (歳 か月)		
		<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 卒乳 (歳 か月) ・哺乳瓶の使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	食事状況	離乳食(開始:生後 か月) <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了 / <input type="checkbox"/> 幼児食 ・食べ方 <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 手でつかんで食べる <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> はし		
		・おむつをしている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 夜間のみ ・排せつが <input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない (排せつを伝えることが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない)		
	アレルギー	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他 ()
		その他アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> ダニ・ハウスダスト <input type="checkbox"/> その他 ()
		アナフィラキシー	これまでに症状が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (症状;)	
			いつ頃から(原因) 年 月頃 から (原因;)	
給食での除去食の必要がありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (除去食名 :)				
医療 歴	ひきつけ・けいれん	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (初回 歳 か月 / 発熱 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある °C)		
		・その後の回数 回 / 状態		
	てんかん	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (初回 歳 か月 / 発熱 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある °C)		
		・服薬 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (開始時期 歳 か月 ・ 1日 回使用)		
	既往歴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある { <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 脱臼(部位) <input type="checkbox"/> その他()		
	① 今までに大きな病気、けがをしたことが (<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 疑いがある) 病名 (<input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療の予定あり <input type="checkbox"/> 完治)			
② 発達や慢性的な病気のことで相談している病院や施設がありますか。 (<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない) 病名等 主治医指摘事項 病院・施設の名称				
健康 診断	4～5か月健診	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 指導あり (内容; 受診場所;)		
	1歳6か月健診	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 指導あり (内容; 受診場所;)		
	2歳児健診	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 指導あり (内容; 受診場所;)		
	3歳児健診	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 指導あり (内容; 受診場所;)		
その他	延長保育	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する (<input type="checkbox"/> 朝延長のみ <input type="checkbox"/> 夕方延長のみ <input type="checkbox"/> 朝・夕方延長)		
	土曜保育	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する		

○特記事項(その他集団生活において気になること、心配なことがありましたらご記入ください。)