

② 保育所入所に関する調査票

保育所入所要件の再確認と入所後の保育方針の参考とさせていただくため、すべての項目を記入しご提出ください。
以下の【 】について、該当項目に○印または内容をご記入ください。

申請に係る 児童	ふりがな 氏名	生年月日	R4.4.1現在	性別
		□平成 □令和 年 月 日	歳	男・女

保育必要量 ※入園のしおりP1	【 保育標準時間を希望 ・ 保育短時間を希望 】 ※保育短時間は保育時間8時30分から16時30分までとなります
--------------------	---

ご家庭の状況についてご記入ください

児童の 送迎	児童を送りに行くとき 送りに行く人【 父・母・祖父・祖母・その他() 】 【 】時【 】分ごろ 自宅を【 車・徒歩・自転車・公共交通機関 】で出発 【 】時【 】分ごろ 保育園へ到着する		
	児童を迎えに行くとき 迎えに行く人【 父・母・祖父・祖母・その他() 】 【 】時【 】分ごろ 【 職場・自宅 】を【 車・徒歩・自転車・公共交通機関 】で出発 【 】時【 】分ごろ 保育園へ到着する		
	緊急時のお迎えは【 父・母・祖父・祖母・その他() 】		
現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 保護者が保育している 【 父・母 】 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 【施設名： 】 <input type="checkbox"/> 保育園または幼稚園 【施設名： 】 <input checked="" type="checkbox"/> 職場へ連れて行く 【 母の職場・父の職場 】 <input type="checkbox"/> 事業所内託児所 【 母の職場・父の職場 】 <input type="checkbox"/> 親族に預けている 【続柄： 氏名： 】		
入園できなかった場合の対応について			
該当	<input type="checkbox"/> 父または母が家庭で保育する <input type="checkbox"/> 認可外保育施設を利用する() <input type="checkbox"/> 親族を頼る(祖父母・その他) <input type="checkbox"/> 勤務先に連れて行く <input checked="" type="checkbox"/> 育児休業を延長する(令和 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 事業所内託児所に預ける <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 一時預かりを利用する		
父方	祖父母の住所	☎連絡先	
	祖父	氏名	年 齢 R4.4.1時点 歳
		勤務先または勤務地	勤務形態 常勤・パート等
		週平均就労日数	勤務時間 : ~ :
	祖母	氏名	年 齢 R4.4.1時点 歳
		勤務先または勤務地	勤務形態 常勤・パート等
週平均就労日数		勤務時間 : ~ :	
母方	祖父母の住所	☎連絡先	
	祖父	氏名	年 齢 R4.4.1時点 歳
		勤務先または勤務地	勤務形態 常勤・パート等
		週平均就労日数	勤務時間 : ~ :
	祖母	氏名	年 齢 R4.4.1時点 歳
		勤務先または勤務地	勤務形態 常勤・パート等
週平均就労日数		勤務時間 : ~ :	
母親出産予定の有無	【有・無】	有りの場合は出産予定日を記入してください。 出産予定日 【 年 月 日 】 ※母子手帳(出産予定日記入欄)の写しご提出ください。	

裏面も記入してください。⇒

保育園の見学等	入所希望の保育園へ 【見学に行った・園庭開放や支援センターを利用したことがある・今後行く予定】
---------	--

児童の様子についてご記入ください

発達や生活の状況	R4.4.1時点での児童の年齢 【 】歳【 】ヶ月	
	出生時の体重【 g】	出生時の身長【 cm】
	<発達> 首のすわり(ヶ月) 寝返り(ヶ月) はいはい(ヶ月) お座り(ヶ月) つかまり立ち(ヶ月) つたい歩き(ヶ月) 歩行開始(ヶ月)	
	<生活> 起きる時間 【 時頃】 寝る時間 【 時頃】 お昼寝【 時間】	
	集団生活の経験 【 ある・なし】 名前や歳を言える【 言える・言えない】	
	発達で気になることがあれば記入してください	
食事の状況	<input type="checkbox"/> 授乳中である【 母乳・ミルク・混合】 <input type="checkbox"/> 離乳食の状況【 初期・中期・後期・完了】 <input type="checkbox"/> 食事の状況【 手づかみ・スプーン、フォーク・はし】 <input type="checkbox"/> 飲み物の状況【 哺乳瓶・ストロー・コップを持てる】	
排泄の状況	<input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 自分ではできないが知らせる <input type="checkbox"/> すべて自分でできる	
健診の内容	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> チューリップの会に通っている <input type="checkbox"/> ことばの心配 <input type="checkbox"/> 運動面の心配 <input type="checkbox"/> 視線が合いにくい <input type="checkbox"/> 手先が不器用 詳しい内容【 】	
アレルギーの有無	無・有	医師の診断を受けていますか 有【病院名: 】・ 無
		原因【 】
		症状【 】
		医師から生活上制限されていることがあれば内容を記入してください
持病・障がいの有無	無・有	病名【 】
		かかりつけ医院【 】
		治療の状況 通院【 回/月】 投薬【 回/日】 経過観察
		医師から生活上制限されていることがあれば内容を記入してください
		身体障害者手帳【 】級・療育手帳【 A・B】
		特別児童扶養手当受給中【 1級・2級】

記入内容について、電話等で確認させていただく場合がありますのでご承知おきください。