

令和 年度

児童家庭調査票

令和 年 月 日現在

児童氏名	生年月日	平成 令和	年	月	日	保護者氏名	住所	自宅 電話番号	保護者 携帯電話
------	------	----------	---	---	---	-------	----	------------	-------------

世帯員 の 状 況	氏名	生年月日	児童との続柄	年齢	健否	事業所勤務者						自営業者(内職を含む)				備考	
						勤務先名称	勤務先住所	電話	仕事の種類	勤務形態	勤務時間	通勤時間	名称(勤務先)	仕事の種類	勤務形態		労働時間
											～					～	
											～					～	
											～					～	
											～					～	
											～					～	
											～					～	
											～					～	

別居する 祖 父 母 の 状 況	項目	祖父の状況		祖母の状況		申込 児 童 の 状 況	現在の 保 育 の 状 況	*産休・育休中の場合 令和 年 月 日～令和 年 月 日まで										
		氏名	( 歳)	氏名	( 歳)			1 自宅で保育 [ 誰が 父・母・祖父・祖母・その他 ( ) ]	2 別居の祖父母、親戚等身内が保育 [ 誰が ( ) ]	3 家庭内または家庭外で児童を伴って就労している	4 その他 ( )	哺乳	母乳・ミルク・その他 ( )	離乳	ヶ月	食事	好きなもの:	嫌いなもの:
父	就労の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		健康状態	既往症	麻疹、百日せき、風疹、肺炎、中耳炎、耳下腺炎、脱臼、小児ぜんそく、ひきつけ、その他 ( )										
	就労先名							状態	アレルギー 有(種類: )・無(症状: )・無 障害 有[(障害部位) (手帳 級)]・無									
母	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )		基準の(2)～(5)号に該当の場合	出生	出産日(予定日)		令和 年 月 日	出産場所		*児童の発達や障害、慢性的な病気などで、相談や通院している施設や病院等がありますか? 有 [ 病名・障害名等 _____ 病院名・施設名等 _____ ] ・ 無					
	保育ができない理由							疾病看護	罹病者		看護人との続柄	傷病名		通院回数		自宅療養・入院等 入院年月日 年 月 日 退院見込日 年 月 日		
方	就労時間	平日 時 分～ 時 分	平日 時 分～ 時 分	土曜 時 分～ 時 分	土曜 時 分～ 時 分	災害	種 別		被 災 程 度		復旧に要する時間							
	就労日数	1ヵ月あたり 日		1ヵ月あたり 日			*特記事項:申込児童の健康や発達、行動面(アレルギー、障害等)や家族の状況等、特に保育所に伝えておきたいことがあれば記入してください。											
方	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )														
	保育ができない理由																	