

家庭状況書

※事実に基づき、太枠内にもれなく記入してください。

①保護者の就労状況

通勤時間	母の状況			父の状況		
	自宅 → 勤務地 (片道)	分		自宅 → 勤務地 (片道)	分	
前職歴 (直近1年)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日 ~ 年 月 日)			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日 ~ 年 月 日)		
事業形態	<input type="checkbox"/> 経営主 <input type="checkbox"/> 配偶者経営 <input type="checkbox"/> 親族経営 (続柄)			<input type="checkbox"/> 経営主 <input type="checkbox"/> 配偶者経営 <input type="checkbox"/> 親族経営 (続柄)		
従事者 (該当すべてに チェック)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 () 人			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 () 人		

※以下は自営業または親族経営の会社にお勤めの方のみ、記入して下さい

②出産予定の有無

出産予定 無 有 (出 産 予 定 日 20 年 月 日)

③保育を希望する時間

時 分 から 時 分 まで

④兄弟姉妹で入園を希望される場合

兄弟姉妹で
同時に申込み
をする方

※①~④のいずれかを選んでいただき、該当の項目にチェックをお入れください。

① 同時に入園でき、同園に入園のみ希望される方

② 同時に入園できれば、別園に入園でもよい方 ※下記項目にもチェックをお入れください。

希望下位でも、同じ園を優先 別々の園でも希望順位を優先

③ 1人だけでも入園希望の方 ※下記項目にもチェックをお入れください。

(1) 1人が入園できる時 上の子を優先 下の子を優先 どちらでも希望

(2) 同時に入園できる時 希望下位でも同園優先 別園でも希望順位優先

④ その他 ()

⑤子どもの健康・発育状況

※下記事項の内容により、面接を行い、保護者の方から詳細をお伺いすることがあります。

出生時	出産週数 第 () 週	出生時体重 () グラム	退院日 (年 月 日)
	出生時の異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
	早期新生児期 (生後1週間以内) の異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
健診結果 (直近)	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 経過観察 (詳細:)		
	<input type="checkbox"/> 指摘があった場合 (詳細:)		
既往歴	●先天性疾患や過去に入院 (手術) したこと、または治療を要する病気にかかったことはありますか? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名: 期間:)		
	●現在治療中、経過観察中の病気等がありますか? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名: 期間:)		
	●ひきつけを起こしたことがありますか? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (時期: 状態:)		
アレルギー	●今まで食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (食品名:)		症状: 時期:
その他	●日常使用しているお薬はありますか? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬名:)		
	●身体の発達・言語の発達等で気になること、またそのことで病院や施設に通ったことがありますか? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (詳細:)		
	●その他、お子さんの状況で気になることがありましたら、ご記入ください。 ()		