**裏面あり**

様式②

**家庭状況書(令和7年度　保育施設入所（園）申込用）（表）**

保護者氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 母:保育の必要性事由 | 就労 ・ 妊娠出産 ・ 疾病障害 ・ 介護看護 ・ 災害復旧 ・ 求職 ・ 就学 ・ その他 |
| 父:保育の必要性事由 | 就労 ・ 疾病障害 ・ 介護看護 ・ 災害復旧 ・ 求職 ・ 就学 ・ その他 |
| ならし保育の対応について | 有給休暇利用　・　勤務時間短縮利用　・　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 保育所(園)までの送迎方法 | 主な送迎者：父 ・ 母 ・ その他（　　　　　）　送迎方法：徒歩 ・ 車 ・ 自転車 ・ その他（　　　　　） |
| 【就労の方のみ】通勤方法 | 【父】通勤方法：　徒歩　　車　　バス　　電車　　　　　　　【父】通勤時間：（　　　　）分（片道）【母】通勤方法：　徒歩　　車　　バス　　電車　　　　　　　【母】通勤時間：（　　　　）分（片道） |
| 産前産後休暇、育児休業取得中又は取得予定の方は記入してください | 産前産後休暇　：　　　　　　年　　　　月　　　　日　　～　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 育児休業取得（予定）　：　　無　・　有取得者　：　父　・　母　（　　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日） |
| 育児休業期間変更 | 否　・　可　　／　　入所（園）できた場合の復帰予定日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 祖父母の状況 | 母方　祖父母 | 父方　祖父母 |
| 年齢 | 祖父（　　　　歳） | 祖母（　　　　歳） | 祖父（　　　　歳） | 祖母（　　　　歳） |
| 氏名 |  |  |  |  |
| 住所 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| 状況 | 就労（常勤・パート・自営）疾病・介護・無職・その他 | 就労（常勤・パート・自営）疾病・介護・無職・その他 | 就労（常勤・パート・自営）疾病・介護・無職・その他 | 就労（常勤・パート・自営）疾病・介護・無職・その他 |
| 児童と同居 | 同居　・　別居 | 同居　・　別居 | 同居　・　別居 | 同居　・　別居 |

**お子様の状況①** (お子様の名前⇒）　　　　　　 **【全ての年齢のお子様について、ご記入ください】**

|  |  |
| --- | --- |
| 保育状況 | 父　・　母　・　祖父　・　祖母　・　その他家族（　　　　　　　　　　）　・　親族以外が保育 |
| 健康・発育状況（親子（母子）健康手帳等を確認し、正確に記入してください） | 出生時 | 出産週数　妊娠第（　　　　　　　）週　　　出生時体重（　　　　　　　　）ｇ　 |
| 出生時の（生後１週間以内）の異常　　無　・　有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 既往歴 | 先天的疾患や過去に入院（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無　・　有（病名　　　　　　　　　　　　　　　　期間　　　年　　　月　～　　　年　　　月） |
| 現在治療中、経過観察中の病気等がありますか無　・　有（病名　　　　　　　　　　　　　　　　期間　　　年　　　月　～　）現在、毎日継続して服用する薬はありますか　　　無　・　有 |
| ひきつけを起こしたことがありますか無　・　有　（　　熱性けいれん　・　てんかん　・　その他　　）発症回数：　　　回　　　最終発症日：　　　　年　　　　月　　　　日発作時や発作が起こる前に使用する薬の処方はありますか　　　無　・　有保育所(園)での薬の預かりが必要ですか　　　不要　・　必要 |
| アレルギー | 現在、食物アレルギーがありますか　　　　　無　・　有 |

**（裏）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 健康・発育状況（親子（母子）健康手帳等を確認し、正確に記入してください） | アレルギー | 有の方 | 食品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 保育所(園)での薬の預かりが必要ですか　　　不要　　・　　　必要 |
| 症状 | 発疹（じんましん）　　おう吐　　　下痢　　　腹痛　　　ぜんそく発作呼吸困難　　　唇やまぶたが腫れる　　　顔色が青白くなる　　　その他 |
| 発育状況 | はいはい　（　　　　ヶ月頃）　　ひとり歩き（　　　　ヶ月頃）ママ、ブッブーなどの意味のあることばを話すようになったのはいつ頃ですか（　　　　ヶ月頃）ワンワンきた等の２語文を話すようになったのはいつ頃ですか（　　　　ヶ月頃） |
| 健診結果 | 今までに受けた健診　４ヶ月　・　10ヶ月　・　１歳半　・　３歳半発育や栄養状況などの指導がありましたか　　無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 健診時に医師や保健師等から、身体や言語の発達等で気になるところがあると言われましたか無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 | 教育・保育施設等へ通園したことがありますか　　　無　・　有施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　通園歴　　　年　　　月　～　　　年　　　月施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　通園歴　　　年　　　月　～　　　年　　　月 |
| お子様の状況で、気になることがありましたらご記入ください。 |

**お子様の状況②** (お子様の名前⇒）　　　　　　　　　　 **【３～５歳児のお子様のみ、ご回答ください】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ３歳児クラス(令和３年４月２日～令和４年４月１日) | ４歳児クラス(令和２年４月２日～令和３年４月１日) | ５歳児クラス(平成３１年４月２日～令和2年４月１日) |
| ・その場でジャンプが□できる　　□できない・１秒間 片足立ちが□できる　　□できない・上手投げでボールを投げることが□できる　　□できない | ・三輪車をこぐことが□できる　　□できない・止まった状態から両足揃えてジャンプし、20センチ程度（Ａ４サイズ用紙の短辺程度）前方へ飛ぶことが□できる　　□できない | ・５秒間片足立ちが□できる　　□できない・片足とびが□できる　　□できない |
| ・上着等を自分で脱ぐことが□できる　　□できない・靴を自分で履くことが□できる　　□できない | ・ボタンをかけることが□できる　　□できない・手を洗って拭くことが□できる　　□できない | ・大人に言われなくても衣服を着ることが（何も言われなくても、お風呂から出たら服を着るなど）□できる　　□できない |
| ・２語文でおしゃべりをすることが□できる　　□できないどんな内容ですか（　　　　　　　　　） | ・「お名前は？」と聞かれて苗字と名前を答えることが□できる　　□できない＊真似をして言うのではなく、自分から言うことができる | ・赤・青・黄・緑の内３色を見て正しく言うことが□できる　　□できない |

情報利用同意

以下内容を確認のうえ、同意いただける場合、**チェックを入れてください。**

内容確認のうえ、こちらをチェック

□ お子様の状況を客観的に判断するために、桑名市幼保支援課が桑名市子ども総合センター及び子ども発達・小児在宅支援室の健診・相談結果等を情報利用することに同意します。