

家庭調査票

「家庭調査票」は保育施設に入所を希望されるお子様の育ちや生活の状況を知ることにより、お子様に適した保育をしていくために必要となりますので、漏れのないように御記入ください。
※記入していただいた内容が利用調整に影響することはありません。

						出産予定児申請		該当 ・ 非該当		
フリガナ 児童氏名					男・女	保護者氏名				
						電話番号	(続柄：)			
児童生年月日	年 月 日					電話番号	(続柄：)			
現住所										
世帯員の 状況	氏 名	生年月日	続柄	就労先名称	就労先住所	就労先 電話番号	仕事の 種類	就労時間	通勤時間 (片道)	
		・ ・						~		
		・ ・						~		
		・ ・						~		
		・ ・						~		
		・ ・						~		
		・ ・						~		
保育 状況	1 自宅で保育 : 母 ・ 父 ・ 祖父母 ・ 友人 ・ その他 ()									
	2 預けている : 祖父母親族 ・ 保育施設 (施設名:)									
	3 その他 : ()									
分娩時の様子	妊娠週間	週	正常分娩 ・ 異常分娩 (帝王切開 ・ 鉗子 ・ 吸引) ・ その他 ()							
身長・体重	出生時身長		cm	出生時体重		g	現在体重			kg
健康 状態	既往歴	無 ・ 有	麻疹 ・ 百日ぜき ・ 風疹 ・ 肺炎 ・ 中耳炎 ・ 耳下腺炎 ・ 脱臼 小児ぜんそく ・ ヘルニア ・ その他 ()							
	ひきつけ	無 ・ 有	1 回目 / その後 回							
	けいれん	無 ・ 有	熱性けいれん 回 / 無熱性 回							
	アレルギー (食物)	無 ・ 有	卵 ・ 牛乳 ・ 小麦 ・ 大豆 ・ そば ・ 落花生 ・ ごま その他 ()							
	アレルギー (食物以外)	無 ・ 有	ダニ ・ ハウスダスト ・ 花粉症 その他 ()							
	乳幼児健診	受診状況	助言指導	指導内容						
	4ヶ月検診	受診 ・ 未受診	無 ・ 有							
	1歳6ヶ月検診	受診 ・ 未受診	無 ・ 有							
	3歳児検診	受診 ・ 未受診	無 ・ 有							
	身体障害者手帳や療育手帳を持っていますか									
	無 ・ 有	身体障害者手帳 () 級			療育手帳 ((A) ・ A ・ B ・ C)					

各項目について、お答えください。							
発達状況	1	目がありますか	はい	いいえ			
	2	名前を呼ぶと振り向きますか	はい	いいえ			
	3	突然理由なく叩く、かみつく、奇声をあげることがありますか	はい	いいえ			
	4	落ち着きがなく、座ってられないことがありますか	はい	いいえ			
	5	いつもと違うことや新しいことがあると混乱することがありますか	はい	いいえ			
	6	かんしゃくやパニックを起こしやすいですか	はい	いいえ			
	7	首はすわっていますか	はい ()	いいえ			
	8	ひとりで座れますか	はい ()	いいえ			
	9	ひとりで座ってごはんを食べられますか	はい ()	いいえ			
	10	ひとり歩きしますか	はい ()	いいえ			
	11	現在の授乳状況を教えてください	母乳	ミルク	混合	卒乳 ()	
	12	離乳食はどの段階ですか	開始前	初期	中期	後期	終了
	13	好き嫌い（食べ物）を教えてください	好き ()	嫌い ()			
	14	排泄について教えてください	ひとりでできる	手伝えばできる	おむつ使用		
	15	自分の意思をどのような手段で伝えますか	言葉	身振り	指さし	表情	
	16	言語発達はどのような状況ですか	ふつう	ややおそい	おそい		
	17	どんな言葉を話しますか？					
	19	大人の指示に対して言葉でわかりますか	はい	いいえ			
	20	大人の言う簡単な言葉「おいで」「ちょうだい」がわかりますか	はい	いいえ			
	21	禁止の言葉「いけません」「だめよ」がわかりますか	はい	いいえ			
	22	特定のものにこだわるがあれば教えてください （食べ物・おもちゃなど）					
	23	睡眠について困ったがあれば教えてください （眠りが浅い、なかなか寝付けない、短時間でおきるなど）					
	健康上又は発達上気になること						
無 ・ 有							
その他、何か気になること、保育施設に伝えておきたいこと等ありましたら、ご記入ください。							
無 ・ 有							