

保育所等利用申込時の発達状況等調査票

児童名 (ふりがな)	()		
児童生年月日	年 月 日 (歳)	性別	
保護者氏名	(続柄)	(続柄)	
住 所	〒 周南市		
日中の連絡先 電話番号	1 父・母・その他 []	()	-
	2 父・母・その他 []	()	-
	3 父・母・その他 []	()	-

※面接の案内等を連絡いたしますので、優先順にご記入ください。

※該当する箇所には☑記入をしてください。

発 達 状 況	出産時	<input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 早産・未熟児等	【出生時体重 g】
	栄養状況	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 離乳食 (回/日) <input type="checkbox"/> 普通食	
	発育	<input type="checkbox"/> 首すわり <input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> おすわり <input type="checkbox"/> はいはい <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> ひとりで歩ける	
	ことば	<input type="checkbox"/> よく話す【 <input type="checkbox"/> 知っている人とだけ <input type="checkbox"/> 誰とでも 】 <input type="checkbox"/> あまり話さない <input type="checkbox"/> まだ話せない	
健 診 状 況	1ヶ月健診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指摘事項 () <input type="checkbox"/> 観察事項 () <input type="checkbox"/> 未受診	
	3~4ヶ月健診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指摘事項 () <input type="checkbox"/> 観察事項 () <input type="checkbox"/> 未受診	
	1才6ヶ月健診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指摘事項 () <input type="checkbox"/> 観察事項 () <input type="checkbox"/> 未受診	
	3才児健診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指摘事項 () <input type="checkbox"/> 観察事項 () <input type="checkbox"/> 未受診	
健 康 状 況	アレルギー 食物 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし その他 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※アレルギーありの場合 生活管理指導票必要	アレルゲン () 医師の診断 <input type="checkbox"/> あり【検査 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未】 <input type="checkbox"/> なし 医師からの食品制限の指示 <input type="checkbox"/> あり (品名) <input type="checkbox"/> なし アナフィラキシー <input type="checkbox"/> あり (症状) <input type="checkbox"/> なし 内服薬 <input type="checkbox"/> あり (薬名) <input type="checkbox"/> なし エピペン <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	治療中の病気 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	病名 () 内服薬 () 医療機関名 ()	
	今までにかかった 大きな病気、けが <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	病名 () 医療機関名 () 通院・入院期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) 手術 <input type="checkbox"/> あり(内容) <input type="checkbox"/> なし	
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり【障害内容 等級 (級)】 <input type="checkbox"/> なし	
	療育手帳	<input type="checkbox"/> あり【 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B 】 <input type="checkbox"/> なし	
	精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> あり【等級 (級)】 <input type="checkbox"/> なし	
	特別児童扶養 手当受給	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	専門機関への通所 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	施設名 () <input type="checkbox"/> 週 回 通所 <input type="checkbox"/> 月 回 通所	
	専門機関への相談 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 保健センター <input type="checkbox"/> 鼓ヶ浦整肢学園 <input type="checkbox"/> つばさ園 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	発達面で気になること (集団生活での不安など)		

祖父母の状況 ※別居の場合記入してください。

		氏名	生年月日	年齢	住所地	その他		就労
父 方	祖父		年 月 日		市内・市外	死別	不明	有・無
	祖母		年 月 日		市内・市外	死別	不明	有・無
母 方	祖父		年 月 日		市内・市外	死別	不明	有・無
	祖母		年 月 日		市内・市外	死別	不明	有・無

入園待ちになった場合の申込児童の保育について

◆ 家庭で保護者が保育。その場合、保護者は、

育児休業の延長

延長できる期間

(年 月 日まで)

在園児の確認を忘れずに (無 ・ 有)

育児休業中の在園児の継続利用は年齢にかかわらず2年まで

第三希望までの園が利用できる場合、

利用保留通知書は発行できないことを説明・了承いただく。

求職活動中

職場で保護者が保育

祖父母などの親族が保育

一時預かりの利用

託児所の利用 ⇒ その場合は、

企業内、院内の託児所を利用

認可外施設を利用

幼稚園に入園

未定・検討中

その他 ()

世帯の状況

ひとり親	<input type="checkbox"/> 離婚 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本必要 (離婚日が確認できる)
	<input type="checkbox"/> 死別 (年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> 未婚	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本必要 (婚姻していないことが確認できる)
	児童扶養手当	
	<input type="checkbox"/> 受給中	<input type="checkbox"/> 受給状況の確認について説明
	<input type="checkbox"/> 支給停止中	<input type="checkbox"/> 支給停止理由の確認、扶養義務者の所得合算についての説明
	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 認定後、保育料変更となる場合有 (還付または、充当の確認)
	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 母子担当への連絡
	<input type="checkbox"/> 別居 (年 月 日) 調停 有 ・ 無	
	配偶者の氏名 ()	
生年月日 ()		
住所 ()		
※調停期日通知書、事件係属証明書、調停不成立証明書の写し等を添付してください。		
<input type="checkbox"/> 配偶者の所在が分からない場合は、「ひとり親であることの申立書」を記入		
<input type="checkbox"/> 祖父母の同居 有 ・ 無	保育料の算定 = 祖父母の市民税額を合算する場合有	

市記載欄 聴取日 (年 月 日) 聴取者氏名 ()