

施設入所調査票

記入例

令和 3年 11月 1日

児童氏名	保育 太郎	生年月日	令和 元年 8月 1日
保護者氏名	保育 一郎	住 所	中井町 比奈窪104-1

○ 保護者の状況

		父親の状況	母親の状況		
① 就 労 の 場 合	就 労 状 況	就労中・内定済・求職中	就労中・内定済・求職中		
	勤 務 先	名 称	〇〇商事	名 称	〇〇株式会社
		所在地	東京都港区六本木〇×番地	所在地	神奈川県秦野市〇〇番地
		電 話	03-123-4567	電 話	0463-123-4567
	勤 務 内 容	営業	事務		
	農 業 の 場 合	* 農耕面積や耕作物等、詳細な業務内容について記載してください			
	勤 務 形 態	正社員 自営業(従業員 人) パート (時給 円) 日給 円 内職 (単価 円)	正社員 自営業(従業員 人) パート (時給 1,200 円) 日給 円 内職 (単価 円)		
	勤 務 日 数	20日/月 日/週	20日/月 日/週		
	勤 務 時 間 (基本的な勤務時間を記入)	平日 9:00 ~ 17:00 土曜 : ~ : * フレックス勤務 (有・無)	平日 9:30 ~ 16:00 土曜 : ~ : * フレックス勤務 (有・無)		
	通 勤 時 間	電車・車・自転車・バイク・バス・徒歩 片道 2時間 分	電車・車・自転車・バイク・バス・徒歩 片道 時間 30分		
就 職 ・ 開 業 年 月 日	平成21年4月1日	令和4年4月12日			
② 就 労 以 外 の 場 合	出 産 前 後	出産予定日 年 月 日	病院名		
	病 気 や ケ ガ	病 名	病 名		
		病院名	病院名		
		入院期間 年 月から 年 月まで 通院 日/週 日/月	入院 年 月から 年 月まで 通院 日/週 日/月		
	看 護 や 介 護	対象者	対象者		
就 学	病名等	病名等			
	対象者 続柄 学校所在地・学校名				
そ の 他	災害復旧活動、虐待やDV等の状況を詳細に記入してください。				

○ 祖父母の状況

		氏名	年齢	同居・別居	住所	就労	就労先・健康状態
父方	祖父	保育三郎	66歳	<input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別	中井町比奈窪104-1	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	勤務先 農業 健康 <input checked="" type="radio"/> 病弱・病気(病名) 通院 日/週 2日/月
	祖母	保育ウメ	61歳	<input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別	同上	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	勤務先 ○○株式会社 健康 <input checked="" type="radio"/> 病弱・病気(病名) 通院 日/週 日/月
母方	祖父		歳	同・別		有・無	勤務先 健康・病弱・病気(病名) 通院 日/週 日/月
	祖母	山田佳子	59歳	同 <input checked="" type="radio"/> 別	さいたま市さいたま △○番地	有 <input checked="" type="radio"/> 無	勤務先 健康 <input checked="" type="radio"/> 病弱・病気(病名) 通院 日/週 日/月

○ 入所児童の健康状態

持病について	なし <input checked="" type="radio"/> あり 病名: ぜんそく
通院・相談について	<input checked="" type="radio"/> あり なし 頻度: 回/週 2回/月 回/年 医療機関名 ○○ 医院
服薬について	<input checked="" type="radio"/> あり なし 頻度: 1日 1回 朝・昼・晩・ <input checked="" type="radio"/> 就寝前・発作時(その他)
食物アレルギーについて	なし <input checked="" type="radio"/> あり 品名: たまご、そば、ピーナッツ

○ その他

現在の保育状況について	(誰が、どこで) 母が自宅で保育している
入所希望児童の他に家庭保育している 就学前児童について	あり <input checked="" type="radio"/> なし 児童名: 入所児童との関係
他施設への預け入れについて	あり <input checked="" type="radio"/> なし 施設名:
その他	* 特に伝えておきたいことがありましたらご記入ください 言葉の発達に心配がある