

児童調査票

_____年 月 日 記入

ふりがな 児童氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 生
出産時の状況	第()子 分娩(正常・その他) 妊娠期間:妊娠()週()日				
慢性的な疾病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名 () 症状 ()				
上記の疾病に伴う通院状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 週 回・月 回・年 回 医療機関名 ()				
上記の疾病に伴う服薬の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 1日 回(朝・昼・晩・その他) 薬の名称 ()				
アレルギーについて	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 品名() ◇ありの場合、状態や必要な処置など				
その他 (健康や発育など、特に伝えておきたいことがあればご記入ください。)					
保育所までの移動手段・保育所までかかる時間	徒歩・自転車・自家用車・その他() 約()分				
保護者の状況	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他()			
		勤務先:() <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営業 勤務先TEL:() - 勤務時間:()時~()時 1日()時間 月()時間 通勤時間:()分 育休(予定) <input type="checkbox"/> (年 月 日~ 年 月 日)			
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> その他()			
		勤務先:() <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営業 勤務先TEL:() - 勤務時間:()時~()時 1日()時間 月()時間 通勤時間:()分 育休(予定) <input type="checkbox"/> (年 月 日~ 年 月 日)			

※就労状況などの確認のため、連絡することがあります。

連絡先 (同居、別居を問わず、保護者、祖父母の連絡先についてご記入ください。緊急時の連絡に必要となります。)	氏名:	続柄()	TEL:()	—
	氏名:	続柄()	TEL:()	—
	氏名:	続柄()	TEL:()	—
	氏名:	続柄()	TEL:()	—
	氏名:	続柄()	TEL:()	—
	氏名:	続柄()	TEL:()	—

祖父母の状況	父方	祖父	氏名		年齢		
			住所	(同居・別居)			
			生活状況	就労(有・無) その他(疾病・介護・それ以外)			
			就労先				
			その他の場合の具体的状況 ※病名や要介護の程度などを下の欄にご記入ください。				
		祖母	氏名		年齢		
			住所	(同居・別居)			
			生活状況	就労(有・無) その他(疾病・介護・それ以外)			
	就労先						
	その他の場合の具体的状況 ※病名や要介護の程度などを下の欄にご記入ください。						
	母方	祖父	氏名		年齢		
			住所	(同居・別居)			
			生活状況	就労(有・無) その他(疾病・介護・それ以外)			
			就労先				
			その他の場合の具体的状況 ※病名や要介護の程度などを下の欄にご記入ください。				
		祖母	氏名		年齢		
住所			(同居・別居)				
生活状況			就労(有・無) その他(疾病・介護・それ以外)				
就労先							
その他の場合の具体的状況 ※病名や要介護の程度などを下の欄にご記入ください。							