

家庭状況書

※事実に基づき、太枠内にもれなく記入してください

記入例

《注意！》延長保育を利用する場合、終業時間に通勤時間を加えた時間が、保育施設の基本保育時間を超えている必要があります。（基本保育時間についてはごあんないP19～の保育所一覧表をご参照ください。）

	母の状況		父の状況	
通勤時間	自宅 → 勤務地（片道）	30分	自宅 → 勤務地（片道）	35分
前職歴 （直近1年）	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （ 年 月 日～ 年 月 日）		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （ 年 月 日～ 年 月 日）	
※以下は自営業または親族経営の会社にお勤めの方のみ、記入して下さい				
事業形態	<input type="checkbox"/> 経営主 <input type="checkbox"/> 配偶者経営 <input type="checkbox"/> 親族経営（続柄： ）		<input type="checkbox"/> 経営主 <input type="checkbox"/> 配偶者経営 <input type="checkbox"/> 親族経営（続柄： ）	
従事者 （該当すべてに チェック）	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他（ ）人		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他（ ）人	

② 出産予定の有無

出産予定 無 有（ 出 産 予 定 日 20 年 月 日 ）

③ 保育を希望する時間

08時30分 から 18時00分 まで

④ 兄弟姉妹で入園を希望される場合

兄弟姉妹で 同時に申込み をする方	<input type="checkbox"/> ① 同時に入園でき、同園に入園のみ希望される方
	<input type="checkbox"/> ② 同時に入園できれば、別園に入園でもよい方 ※下記項目にもチェックをお入れください。 ↳ <input type="checkbox"/> 希望下位でも、同じ園を優先 <input type="checkbox"/> 別々の園でも希望順位を優先
	<input type="checkbox"/> ③ 1人だけでも入園希望の方 ※下記項目にもチェックをお入れください。 ↳ (1) 1人が入園できる時 <input type="checkbox"/> 上の子を優先 <input type="checkbox"/> 下の子を優先 <input type="checkbox"/> どちらでも希望 ↳ (2) 同時に入園できる時 <input type="checkbox"/> 希望下位でも同園優先 <input type="checkbox"/> 別園でも希望順位優先
	<input type="checkbox"/> ④ その他（ ）

※①～④のいずれかを選んでいただき、該当の項目にチェックをお入れください。

⑤ 子どもの健康・発育状況

※下記事項の内容により、面接を行い、保護者の方から詳細をお伺いすることがあります。

出生時	出産週数 第（40）週	出生時体重（3000）グラム	退院日（2022年4月7日）
	出生時の異常 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）		
	早期新生児期（生後1週間以内）の異常 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）		
健診結果 （直近）	<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 経過観察（詳細： ）		
	<input type="checkbox"/> 指摘があった場合（詳細： ）		
既往歴	●先天性疾患や過去に入院（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？ <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（病名： 期間： ）		
	●現在治療中、経過観察中の病気等がありますか？ <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（病名： 期間： ）		
	●ひきつけを起こしたことがありますか？ <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（時期： 状態： ）		
アレルギー	●今まで食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（食品名： 卵 ）	症状：じんましん	時期：6か月
その他	●日常使用しているお薬はありますか？ <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（薬名： ）		
	●身体の発達・言語の発達等で気になること、またそのことで病院や施設に通ったことがありますか？ <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（詳細： ）		
	●その他、お子さんの状況で気になることがありましたら、ご記入ください。 （ ）		