

家庭状況等記入表（個人調書）

（申請児童1名につきこの用紙1枚記載してください）

保護者 氏名	児童 氏名 ふりがな	性別	男 平成 年月日	年	月	日（ ）	歳児
			女 令和				

該当するものを選択し、必要事項を記入してください。

①家庭状況について（ここでの父母とは入所申請児童の父母を指します）

父の状況	入所理由	<input type="checkbox"/> 就労（ <input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営・農業 <input type="checkbox"/> 内職） <input type="checkbox"/> 疾病等 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ <input checked="" type="checkbox"/> 「就労」の場合（勤務地： 都道府県 市町村 夜間勤務の有無 <input type="checkbox"/> あり（一月あたり： 日） <input type="checkbox"/> なし 就労時間帯： 時 分～ 時 分 就労日数（一週あたり） 日 ）					
母の状況	入所理由	<input type="checkbox"/> 就労（ <input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営・農業 <input type="checkbox"/> 内職） <input type="checkbox"/> 妊娠出産 <input type="checkbox"/> 疾病等 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ <input checked="" type="checkbox"/> 「就労」の場合（勤務地： 都道府県 市町村 夜間勤務の有無 <input type="checkbox"/> あり（一月あたり： 日） <input type="checkbox"/> なし 就労時間帯： 時 分～ 時 分 就労日数（一週あたり） 日 ）					
		・現在、妊娠していますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（出産予定日 令和 年 月 日） <input checked="" type="checkbox"/> 出産後の予定 <input type="checkbox"/> 育児休業取得 <input type="checkbox"/> 産後8週以内に復職 <input type="checkbox"/> 家庭内保育					
育児休業について							
・現在、育児休業中ですか、または取得予定はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ・「はい」の場合（休業取得者： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 / 休業期間： 令和 年 月 日まで取得 育児休業の延長はできますか： <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる（令和 年 月 日まで） <input type="checkbox"/> 職場との相談次第							
父または母が不在の理由		<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居中 <input type="checkbox"/> 調停中 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
父方の祖父	年齢	歳・ <input type="checkbox"/> 不存在	居住	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（ 都道府県 市町村）			
	状況	<input type="checkbox"/> 就労（ <input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営・農業 <input type="checkbox"/> 内職） <input type="checkbox"/> 疾病等 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（					
父方の祖母	年齢	歳・ <input type="checkbox"/> 不存在	居住	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（ 都道府県 市町村）			
	状況	<input type="checkbox"/> 就労（ <input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営・農業 <input type="checkbox"/> 内職） <input type="checkbox"/> 疾病等 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（					
母方の祖父	年齢	歳・ <input type="checkbox"/> 不存在	居住	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（ 都道府県 市町村）			
	状況	<input type="checkbox"/> 就労（ <input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営・農業 <input type="checkbox"/> 内職） <input type="checkbox"/> 疾病等 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（					
母方の祖母	年齢	歳・ <input type="checkbox"/> 不存在	居住	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（ 都道府県 市町村）			
	状況	<input type="checkbox"/> 就労（ <input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営・農業 <input type="checkbox"/> 内職） <input type="checkbox"/> 疾病等 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（					

②申込児童の状況（※お子様の健康に関する重要な内容ですので記入漏れや間違いの無いよう、よく確認して記入してください。）

・児童の健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱い（ぜんそく・てんかん・その他）						
・現在、病院に通院中ですか	<input type="checkbox"/> 通院していない <input type="checkbox"/> 通院している <input type="checkbox"/> 日中常時服用している薬あり（名称・効用等： →通院している場合（病名 病院名 ）						
・障がい等がありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（身体 級、精神 級、療育 A・B、特児 級、その他 ）						
・アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> その他 （食品名： ）						
・心身の発達（ことばや歩き方等）	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 気になる（ ）						
・乳幼児健診について	<input type="checkbox"/> 乳児（生後3～4か月） <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳児（受診したものを選択してください）						
	健診の結果で気になる点がありましたか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
	（指導内容： ）						
・その他気になることや、集団生活で注意が必要なことはありますか ()							