

家庭・健康状況確認表

記入者名		記入日		年 月 日	
児童氏名		生年月日		年 月 日(歳 か月)	
保育 状況	健康 状況	1 自宅で保育している（保育者に○を付けて下さい： 母 ・ 父 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他())			
		2 保育施設または幼稚園等を利用している (施設名： 年 月 から)			
3 認可外託児所・職場内託児施設に預けている (施設名：)					
4 親類・友人等に預けている (住所： 続柄：)					
5 児童を連れて仕事をしている					
6 その他					
健康 状況	健康 状況	1 妊娠中及び出生時の状況 在胎期間 週 ・ 出生体重 g ・ 出生時における特記事項()			
		2 受診した健康診断に○を付けて下さい。 4か月児健診 ・ 1歳6か月児健診 ・ 3歳3か月児健診 健診等で何か指摘を受けたことはありますか いいえ ・ はい ()			
		3 アレルギーなど体質で気になることはありますか。(食べ物・喘息・アトピー等) いいえ ・ はい (歳 ヶ月ごろから 病名・症状：)			
		4 発育や発達の中で専門機関(病院や療育等)に相談や通所させたことはありますか。 いいえ ・ はい (相談内容： 機関名：)			
		5 定期的な通院はありますか。 いいえ ・ はい (病名： 症状： 通院頻度：)			
		6 定期的な投薬はありますか。 いいえ ・ はい (薬名：)			
		7 障害者手帳や療育手帳等がありますか。 無 ・ 有 (障害者手帳 級 ・ 療育手帳 等級 ・ その他 有りの場合… 特別児童扶養手当受給の有無(無 ・ 有))			
		8 その他、お子さんや集団生活について保護者の方が心配していることはありますか。 無 ・ 有 ()			
		9 発達や発育で心配なこと、また、配慮が必要なこと等がありましたら、記入してください。(特記すべき入院・手術歴等)			

※保育施設での集団生活が困難と判断された場合は、入所保留となる場合があります。
※お子様の発育・発達に心配なことがある方は、希望する保育施設にお子様と一緒に見学に行った際にご相談ください。

父母の 現況	就 労	父親		母親		
		通勤方法	(車 ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ 電車 ・ バス ・ 他())	(車 ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ 電車 ・ バス ・ 他())		
		通勤時間	(片道 時間 分)	(片道 時間 分)		
	その 他	産休・育休	復帰予定日(年 月 日) ☐ 児童が保育施設を利用できたら、直ちに復職希望(利用開始月内に復帰する) ☐ 希望する保育所等に入所できない場合は育児休業の延長も許容できる(利用調整の際に、利用調整指数を減点いたします) ※育児休業の延長や育児休業給付金・手当金に関するについては、阿見町では一切責任を負いかねます。事前に管轄のハローワークや就労先にご確認ください。			
		求職中	内定の有無(無 ・ 有) 有りの場合… 年 月 日 就労予定	内定の有無(無 ・ 有) 有りの場合… 年 月 日 就労予定		
		妊娠・出産	妊娠の有無(無 ・ 有) 有りの場合… 年 月 日 出産予定			
		本人の 疾病・障害	身障者手帳等の有無(無 ・ 有) 病名・障害名の記入、身障者手帳等の有無や等級の記入をご記入ください。	身障者手帳等の有無(無 ・ 有) 病名・障害名の記入、身障者手帳等の有無や等級の記入をご記入ください。		
		他人の介護	手帳・要介護認定の有無(無 ・ 有 … 種 級(度)) 介護を受けている人の氏名・続柄・障害名等を記入をご記入ください。	手帳・要介護認定の有無(無 ・ 有 … 種 級(度)) 介護を受けている人の氏名・続柄・障害名等を記入をご記入ください。		
	通学	学校名()	学校名()			
		通学日数(日/週) 修了予定(年 月 日)	通学日数(日/週) 修了予定(年 月 日)			
祖 父 母 の 現 況	氏名	住所 (別居の場合は0内に住所を記入)	就労状況	健康状況		
	父方	(歳) 同居・別居()	有()・無	良・否(病名))・死別		
	母方	(歳) 同居・別居()	有()・無	良・否(病名))・死別		
	母方	(歳) 同居・別居()	有()・無	良・否(病名))・死別		
その 他	同一世帯の身障者手帳等所持者	無 ・ 有 (氏名： 続柄： (種 級 (度)))				
	きょうだい利用状況	無 ・ 有 (氏名： 保育所名：) 有の場合 1. きょうだいと同じ保育施設のみ希望 2. きょうだいと別の保育施設でもかまわない 1の場合 利用できなかった時の児童の保育方法()				
	きょうだい2人以上での同時申込み	1. きょうだい同時に利用できるまで待つ ① 同じ保育施設のみ希望 ② 別々の保育施設でもかまわない 2. 1人だけでも先に利用を希望する (その間の他の児童の保育方法：)				
	町内在住期間	父 (年 月 から) 母 (年 月 から)				
	令和6年1月1日在住の市区町村	父 (阿見町・他()) 母 (阿見町・他())				
	児童の送迎方法(可能なもの全て)	続柄 (父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 他()) 方法 (車 ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ 他())				
日中の緊急連絡先		名称 () 電話番号 ()				
自由記入欄 ※ 保育施設利用について特別な事情・知っておいて欲しいことがある方はご記入ください(利用調整には反映されせん)。						

家庭・健康状況確認表

記入例

記入者名		阿見 さくら		記入日	令和 6 年 12 月 ▲ 日
児童氏名		阿見 すみれ		生年月日	令和 2 年 10 月 ▲ 日 (4 歳 ● カ月)
保育 状況	① 自宅で保育している (保育者に○を付けて下さい: ☒ 母・父・祖父・祖母・その他()) ② 保育施設または幼稚園等を利用している (施設名:) 年 月 から) ③ 認可外託児所・職場内託児施設に預けている (施設名:) ④ 親類・友人等に預けている (住所:) 続柄:) ⑤ 児童を連れて仕事をしている ⑥ その他				
	1 妊娠中及び出生時の状況 在胎期間 38 週 出生体重 3056 g 出生時における特記事項() 2 受診した健康診断に○を付けて下さい。 4か月児健診 ☒ 1歳6か月児健診 ☒ 3歳3か月児健診 ☒ 健診等で何か指摘を受けたことはありますか。 ☒ いいえ ☐ はい () 3 アレルギーなど体質で気になることはありますか。(食べ物・喘息・アトピー等) ☒ いいえ ☐ はい (1 歳 6 ヶ月ごろから 病名・症状 たまご) 4 発育や発達のごとで専門機関(病院や療育等)に相談や通所されたことはありますか。 ☒ いいえ ☐ はい (相談内容:) 機関名:) 5 定期的な通院はありますか。 ☒ いいえ ☐ はい (病名:) 症状:) 通院頻度:) 6 定期的な投薬はありますか。 ☒ いいえ ☐ はい (薬名:) 7 障害者手帳や療育手帳等がありますか。 ☒ 無 ☐ 有 (障害者手帳 級 療育手帳 等級 その他) 有りの場合… 特別児童扶養手当受給の有無(☒ 無 ☐ 有) 8 その他、お子さんや集団生活について保護者の方が心配していることはありますか。 ☒ 無 ☐ 有 () 9 発達や発育で心配なこと、また、配慮が必要なこと等がありましたら、記入してください。(特記すべき入院・手術歴等)				

※保育施設での集団生活が困難と判断された場合は、入所保留となる場合があります。
 ※お子様の発育・発達に心配なことがある方は、希望する保育施設にお子様と一緒に見学に行った際にご相談ください。

父または母が育休取得中の場合は、
就労証明書に記載された復帰予定
日を必ず記載してください。

父母の 現況	就労	通勤方法	())	(車・自転車・徒歩))
		通勤時間	(片道) 時間 (分)	(片道) 時間 (分)
	産休・育休	復帰予定日(年 月 日)	復帰予定日(年 月 日)	
		☐ 児童が保育施設を利用できたら、直ちに復職希望(利用開始月内に復帰する) ☐ 希望する保育所等に入所できない場合は育児休業の延長も許容できる(利用調整の際に、利用調整指数を減点いたします) ※育児休業延長や育児休業給付金・手当金に関するについては、阿見町では一切責任を負いかねます。事前に管轄のハローワークや就労先にご確認ください。		
	求職中	育休延長を希望される場合は、利用調整指数の減点および※の注意事項に同意のうえ、「延長も許容できる」をチェックしてください。	育休延長を希望されない方は、「直ちに復職希望」をチェックしてください。	
	妊娠・出産	☐ 無 ☐ 有 (年 月 日) ☐ 無 ☐ 有 (年 月 日)	☐ 無 ☐ 有 (年 月 日) ☐ 無 ☐ 有 (年 月 日)	
その他	本人の 疾病・障害	身障者手帳等の有無(☒ 無 ☐ 有) 病名・障害名の記入、身障者手帳等の記入をください。 ☐ 無 ☐ 有 (年 月 日)	身障者手帳等の有無(☒ 無 ☐ 有) 病名・障害名の記入、身障者手帳等の有無や等級の記入をください。	
	他人の介護	手帳・要介護認定の有無(☒ 無 ☐ 有 … 種 級(度)) 介護を受けている人の氏名・続柄・障害名等を記入をください。	手帳・要介護認定の有無(☒ 無 ☐ 有 … 種 級(度)) 介護を受けている人の氏名・続柄・障害名等を記入をください。	
	通学	学校名() 通学日数(日/週) 修了予定(年 月 日)	学校名() 通学日数(日/週) 修了予定(年 月 日)	
祖父母の 現況	父方	氏名 阿見 次郎 (66歳) (同席・別席) 阿見 菊子 (59歳) (同席・別席)	氏名 阿見 和洋 (66歳) (同席・別席) 阿見 菊子 (59歳) (同席・別席)	
	母方	氏名 茨城 三郎 (歳) (同居・別居) 茨城 百合子 (55歳) (同居・別居)	氏名 阿見 町実 7777 (歳) (同居・別居) 阿見 町実 7777 (歳) (同居・別居)	
その他	同一世帯の身障者手帳等所持者	☒ 無 ☐ 有 (氏名:) 続柄:)		
	きょうだい利用状況	無 ☒ 有 (氏名:) 続柄:) 有の場合 1. きょうだいと同じ保育施設のみ希望 2. きょうだいと別の保育施設 1の場合 利用できなかった時の児童の保育方法(母の職場の託児施設)		
	きょうだい2人以上での同時申込み	1. きょうだい同時に利用できるまで待つ ① 同じ保育施設のみ希望 ② 別々の保育施設 2. 1人だけでも先に利用を希望する (その間 利用できなかった時の児童の保育方法())		
	町内在住期間	父 (1990 年 1 月 から) 母 (阿見町) 他()		
	令和6年1月1日在住の市区町村	父 (阿見町) 他() 母 (阿見町) 他()		
	児童の送迎方法(可能なもの全て)	続柄 (父・母・祖父・祖母・他()) 方法 (車・自転車・徒歩・他())		
日中の緊急連絡先	名称 (母携帯) 電話番号 (080-3333-4444)			

自由記入欄 ※ 保育施設利用について特別な事情・知っておいて欲しいことがある方はご記入ください(利用調整には反映されません)。
 自由記入欄について : 記入の有無により、利用調整の優先順位が変わることはありません。任意で記入してください。

緊急の際に最初に連絡します。