利用調査票

記入日　令和　　年　　月　　日

児童氏名	児童の性別	児童の生年月日
	男 ・ 女	令和　　年　　月　　日（現在の年齢　　歳　　か月 ）

1　児童の保育状況等

現在の状況	□ 親族が保育している　→ ◎ 保育者：□ 父　□ 母　□ 祖父　□ 祖母　□ その他（　　） ◎ 保育場所：□ 父母の自宅　□ 父母の職場　□ その他（　　） □ 保育サービスを利用している → ◎保育施設名：　◎利用期間：　年　月　日～　年　月　日 ◎種別　：□認可外保育施設　□幼稚園　□その他（　　）
育児休業中の場合	育児休業所得者　□ 父　【 申請期間：令和　　年　　月　　日まで 】 □ 母　【 申請期間：令和　　年　　月　　日まで 】

2　利用開始希望月に入所できなかった場合

□ 空き待ちをする （申請した年度末まで継続して利用の審査（毎月）が受けられます）	□　幼稚園・認可外保育施設を利用する【 施設名 ：　　】 □　就労時期を延ばす □　育児休業を延長する □　親族に預ける　【□ 父方祖父母　□ 母方祖父母　□ その他　　】 □　その他（　　）
□ 申込を取り下げる（利用調整後取下げとなり、取下げ書等手続きが必要になります）	

3　祖父母の状況

		氏名	所在・住所	年齢	状況
父方	祖父		同居・別居（　　）・不在	歳	□就労　□在宅（健康・疾病・障害有り）
	祖母		同居・別居（　　）・不在	歳	□就労　□在宅（健康・疾病・障害有り）
母方	祖父		同居・別居（　　）・不在	歳	□就労　□在宅（健康・疾病・障害有り）
	祖母		同居・別居（　　）・不在	歳	□就労　□在宅（健康・疾病・障害有り）

4　兄弟姉妹がいる場合

兄弟姉妹がすでに在籍している場合	保育施設名（　　）現在のクラス年齢（　　歳児）	
	□ 同じ施設のみ希望　　□ 入所できれば異なる施設でもよい	
兄弟姉妹同時申請の場合	入所保育施設	□ 同じ保育施設のみ希望　　□ 別々の保育施設でもよい
	別々の保育施設でもよい場合	□ 別々の施設でも、各々の希望順位の高い施設へ案内を希望する □ 希望順位が低い施設でも兄弟姉妹が同施設への案内をされることを希望する
	入所時期	□ 同時入所可能な場合のみ希望　　□ 別々の時期でもよい
	別々の時期でもよい場合	□ 一人だけでも希望【(児童名：　　)を優先】 □ いずれでもよい

▽ここからは該当する部分のみご記入ください▽

▼母子・父子家庭等の場合
- □離婚（　　年　　月　　日）
- □調停（　　年　　月　　日）
  - ⇒□同居　□別居（　　年　　月　　日）
- □未婚
- □その他（　　）

▼単身赴任中の場合
- 赴任者：□父　□母　赴任先市町村（　　）
- 住民票：□赴任先市町村　□角田市
- 赴任期間（予定を含む）（　　）

▼宮城県内・近隣の福島県内の保育施設等で保育士等として勤務している場合
- 勤務者：□父　□母　勤務先保育施設（　　）

▼妊娠中の場合
- 出産予定日（　　年　　月　　日）
- 出産後の予定
- □育児休業取得（終了予定　　年　　月　　日頃）
- □出産後職場復帰・就労
- □自宅保育のため保育施設等を退所
- □その他（　　）

▼外国籍の場合
- 国籍（父：　　母：　　児童：　　）
- 日本語理解度
  - 日常会話が　父：□できる　□できない
  - 母：□できる　□できない
  - 児童：□できる　□できない

裏面もご記入ください。

健康調査票

※時間は 24 時間表記でご記入ください。

発達・健康の状況等	出産時	妊娠（　　週）で出産　　出生時体重（　　g）
	食事	・現在どんな食事をしていますか　□母乳　□ミルク　□混合乳　□離乳食　□普通 ・食べる時は何を使っていますか　□手伝い必要　□手づかみ　□スプーン　□フォーク　□はし
	排泄	□オムツをしている（トイレトレーニング：□している　□していない）　□オムツははずれている □小便は一人でできる　□大便の後始末もできる
	睡眠	・夜寝る時間は（　　時）　・朝起きる時間は（　　時） ・現在お昼寝をしていますか　□している（　　時　～　　時）　□していない
	初歩	歳　か月頃　□まだ【□寝返り　□ずりばい　□はいはい　□ひとりすわり　□つかまり立ち】
	ことば	□まだ　□単語（　　）　□２語文（　　）　□会話ができる ・大人が話す簡単な言葉（おいで・ちょうだい等）がわかりますか　□はい　□いいえ
	発達・健康	・身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれかをお持ちですか　□はい　□いいえ
		・特別児童扶養手当の支給対象児童になっていますか【児童(扶養)手当とは異なります】　□はい　□いいえ
		・今まで病気で入院したり大きな怪我や手術をしたことがありますか（先天性疾患も含む）　□はい　□いいえ 病名・怪我・手術の内容等（　　） 現在の治療の状況（　　）
		・持病や体質で気になることがありますか　□はい　□いいえ 例:呼吸器系疾患・心臓系疾患・小児喘息・ひきつけ・アトピー・関節がはずれる等 ある場合（　　） 医師からの指導内容（　　）
		・今まで受けた健診にレ印をつけてください □3～5 か月児健診　□1 歳 6 か月健診　□2 歳 6 か月健診　□3 歳児健診　□年中児健診 ・健診で何らかの指導を受けたことがありますか　□はい　□いいえ ある場合は指導内容（　　） その結果どうしましたか（　　）
		・子育てで心配していることや困っていること、相談している機関（こども家庭センター等）はありますか □はい　□いいえ 例:よく泣く・偏食が多い・かんしゃくを起こす・落ち着きがない・言葉が遅い・視線が合わない等 ある場合（　　）
		・食べ物のアレルギーはありますか　□はい　□いいえ ある場合は品目（　　） 程度　例:加熱すれば可・完全除去が必要・アナフィラキシー症状を起こしたことがある等 （　　） 医師からの指導内容（　　）
		・食べ物以外のアレルギーはありますか　□はい　□いいえ ある場合は原因（　　） 医師からの指導内容（　　）
	あそび	・どんな遊びが好きですか（　　）
	送迎	・どなたが送迎しますか　□父　□母　□祖父　□祖母　□その他（　　） ・施設までの交通手段は何ですか　□自家用車　□徒歩　□自転車

※面接担当者記入欄

追記事項				
	面接日	年　月　日	担当者	