

こども園入園申込に
関する家庭状況書

(フリガナ) 児童氏名	生年月日	平成・令和	年	月	日
----------------	------	-------	---	---	---

※該当するものに及び、記入してください。

保護者等の 状況	父	<input type="checkbox"/> 就労(仕事内容 就労時間1日平均 時間(時 分~ 時 分)) (就労日数 月に 日 週に 日 定休日 曜日) (勤務先 勤務先住所・Tel) <input type="checkbox"/> 疾病・傷害(□入院 □通院(週 日・所要時間1日 時間) □自宅療養) (病名・傷害名 身体障害者手帳等 □無 □有) <input type="checkbox"/> 介護・看護(週 日・1日 時間程介護・看護している) (介護等必要な者の氏名 続柄 身体障害者手帳等 □無 □有) <input type="checkbox"/> 求職活動(採用予定 □無 □有(年 月 日から勤務 事業所名)) <input type="checkbox"/> 就学(学校名 卒業予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不存在 年 月 日から(□離別 □死別 □未婚 □その他())	
	母	<input type="checkbox"/> 就労(仕事内容 就労時間1日平均 時間(時 分~ 時 分)) (就労日数 月に 日 週に 日 定休日 曜日) (勤務先 勤務先住所・Tel) <input type="checkbox"/> 疾病・傷害(□入院 □通院(週 日・所要時間1日 時間) □自宅療養) (病名・傷害名 身体障害者手帳等 □無 □有) <input type="checkbox"/> 介護・看護(週 日・1日 時間程介護・看護している) (介護等必要な者の氏名 続柄 身体障害者手帳等 □無 □有) <input type="checkbox"/> 求職活動(採用予定 □無 □有(年 月 日から勤務 事業所名)) <input type="checkbox"/> 就学(学校名 卒業予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 産休・育休(年 月 日~ 年 月 日 出産日(予定日) 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不存在 年 月 日から(□離別 □死別 □未婚 □その他())	
	父 方	祖父	氏名 (才) 住所
		祖母	氏名 (才) 住所
	母 方	祖父	氏名 (才) 住所
		祖母	氏名 (才) 住所
	その他の同居の成人者		<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 曾祖父 <input type="checkbox"/> 曾祖母 <input type="checkbox"/> おじ <input type="checkbox"/> おば <input type="checkbox"/> その他()
入園希望 児童の 健康状態 について	受診した定期健診について	医療機関 □1か月 □3~6か月 □9~11か月 村の定期健診 □4か月 □7か月 □12か月 □1歳6か月 □3歳 定期健診などで指摘を受けたことがあればご記入ください ()	
	1. ひきつけやけいれんを おこしたことがありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(回・時期 才 か月ごろ・最近は 年 月 日) (原因 □熱が出たとき □泣いたとき □熱がなくても起こる)	
	2. 視力・聴力が気になり 受診したことがありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(結果)	
	3. 病気、事故等で入院した ことがありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(時期 才 か月頃・病名)	
	4. 過去に大きな病気をした ことがありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名)	
	5. 現在治療中の病気など がありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名)	
6. 現在服用している薬は ありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *薬名() *いつから() *服用時間帯(1日 回/□朝 □昼 □晩)		
生育 歴 について	出産	1. 妊娠中	<input type="checkbox"/> 正常・ <input type="checkbox"/> 異常(□重度つわり □妊娠高血圧症候群 □その他())
		2. 出生時	<input type="checkbox"/> 正常・ <input type="checkbox"/> 異常(□仮死 □早産(か月) □強い黄疸 □その他()) 体重 g 身長 cm
	初期発達	1. 首がすわった時期 (か月) 2. 1人で2, 3歩あるいた時期 (才 か月) 3. ウマウマ、バイバイを言いかけた時期 (才 か月)	

※裏面もご記入ください

体質	1. 該当するものがありますか <input type="checkbox"/> 熱がやすい <input type="checkbox"/> 便秘症（ 日以上） <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> 肘内障 <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	2. アレルギーがありますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> 吸引性（ハウスダスト、花粉等））	
性格面	1. 友だちとよく遊びますか <input type="checkbox"/> 遊ぶ <input type="checkbox"/> 遊ばない	
	2. 気になる行動・癖がありますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（具体的に ）	
自立性	1. 食事について <input type="checkbox"/> ひとりできる（ <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク） <input type="checkbox"/> 手伝ってもらおう <input type="checkbox"/> できない	
	2. 着替えについて 洋服の着脱 <input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 手伝ってもらおう <input type="checkbox"/> できない くつの着脱 <input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 手伝ってもらおう <input type="checkbox"/> できない ボタンやスナップのかけはずし <input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 手伝ってもらおう <input type="checkbox"/> できない	
	3. 排せつ（トイレ）について <input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 手伝ってもらおう <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> おむつ使用中	
お子さんの様子 * * * 該当する年齢の欄にご記入ください * * *	0歳	・体重は良好に増えていますか（現在約 kg） <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		・首はすわりましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		・音に反応したり、声の方をむいたりしますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		・「アー」や「ウー」などの声をだしますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		・あやすとよく笑いますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		・寝返りをしますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		・ものをつかむことをしますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		・お座りをしますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		・ハイハイをしますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	・つかまり立ちをしますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	1歳・2歳	・一人でたちますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		・一人で歩きますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		・離れたところのおもちゃなどを指さすとその方向をみますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		・ハイハイなどの身振りをしますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		・名前を呼ぶと振り向きませんか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		・意味のある言葉をいくつか話しますか（マンマ・ブーブなど） <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		・簡単ないつけがわかりますか（おいで、ねんね、ちょうだいなど） <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	・泣いたり、動いたりせずおとなしすぎると思うことがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	・絶えず動き回り、目が離せないことが多いですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	3歳・4歳・5歳	・自分の名前が言えますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
・『お腹がすいたから～』など理由を言いますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
・絵本を読んであげると最後まで聞いてくれますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
・遊んでいるときなど名前を呼ぶと『なに？』など注意を向けてくれますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
・同年齢の子とも会話ができますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
・走ることができますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
・友だちと一緒に遊ぶことができますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
・クレヨンなどで、丸（円）をかけますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
・話をする時に視線が合いますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
・気になるこだわりや行動がありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
・要求を人に伝えられますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
・言葉が遅れているという心配はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
・ひどく乱暴で困ることはありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
・ひどく落ち着かず、動き回ることがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
その他	病気や言葉、その他発達について相談している病院や専門機関はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	病名・症状（ ） 病院・機関名（ ）	
	身体障害者手帳や療育手帳はお持ちですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
集団生活は初めてですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（ <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> その他（ ））		
発達の状況（身体・知的・言葉など）や健康面で気がかりなこと、伝えておきたいことがあればご記入ください。		

※裏面もご記入ください