

保育状況調査票

児童氏名		生年月日	年 月 日	令和7年4月1日時点の年齢	歳
------	--	------	-------	---------------	---

◎ 就学前の兄弟姉妹の状況

小学校就学前の兄弟姉妹がいる場合に記入してください。

続柄	生年月日	年齢	状況(該当するすべての□にチェックしてください。)		
	年 月 日	歳	☐ 新規入所申込中 ☐ 転園希望申込中 第1希望園名:	☐ 在園中 施設名:	☐ 一時預かり利用中 施設名:
	年 月 日	歳	☐ 新規入所申込中 ☐ 転園希望申込中 第1希望園名:	☐ 在園中 施設名:	☐ 一時預かり利用中 施設名:

◎ 兄弟姉妹で入所申込をしている場合

該当する□にチェックし、必要事項を記入してください。

兄弟姉妹で、待機と入所に分かれたとき、入所を希望するか。	☐ 兄・姉のみ希望する ☐ 弟・妹のみ希望する ☐ どちらでも希望する ☐ 希望しない
希望する の場合、待機になった児童の保育はどうするか。	()
兄弟姉妹が別々の施設であれば入所できる場合、入所を希望するか。	☐ 別々でも入所する ☐ 別々なら入所しない
希望順位の低位施設であれば兄弟姉妹が同一施設に入所できる場合、どちらを優先するか。	☐ 同一施設入所を優先 ☐ 希望順位を優先(別々の施設)
※「同一施設を優先」を選択した場合の例 兄が第1希望・第2希望の施設に入所でき、妹が第2希望に入所できる場合に、兄は第1希望ではなく、第2希望の施設にご案内します。	

◎ 世帯の状況

該当する□にチェックし、必要事項を記入してください。

☐ 世帯に在宅障がい者(児)がいる。 下記のいずれかの交付を受けている場合は、手帳・証書の写しを提出してください。 ☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当証書 ☐ 国民年金・厚生年金保険年金証書					
氏名			児童との続柄		
☐ 現在、妊娠中である。	出産予定日	年 月 日	育児休業取得予定	☐ 有 ☐ 無	
※「妊娠出産」での認定期間は、出産予定日の8週前の月の初日から出産日の8週後の月の末日までとなります。 1ヵ月以上「就労」を理由に入所していた場合は、「育児休業」を理由に同一施設での入所を継続することができます。					
☐ 現在、育児休業取得中である。(父・母)		育児休業の延長(保育施設に入所できなかった場合)		☐ 有 ☐ 無	

◎ 児童の送迎

通勤時間は、自宅から勤務先まで直接向かう際に要する片道の時間をご記入ください。

主な送迎者		父・母・祖父・祖母・その他()	
父母の 通勤手段等	父	通勤方法	: 徒歩・バス・JR・地下鉄・自転車・車・その他()
		通勤時間	: おおむね 時間 分
	母	通勤方法	: 徒歩・バス・JR・地下鉄・自転車・車・その他()
		通勤時間	: おおむね 時間 分
延長保育利用の有無(予定含む)		☐ 利用する ☐ 利用しない	

※延長保育を実施していない施設がありますので、よく確認した上で希望園を記入してください。

◎ 児童の保育状況

該当する口にチェックし、必要事項を記入してください。

現在の 保育状況	☐ 保護者が保育	1 自宅で保育している(父・母) 2 職場に連れて行く(父・母)	
	☐ 保護者以外が保育	3 一時預かり保育利用 4 認可保育施設	3～8の場合は施設名を記入 施設名:
		5 幼稚園・認定こども園(教育認定) 6 認可外保育施設	
		7 企業主導型保育施設 8 職場内託児所	
		9 親族が保育(児童との続柄:)⇒保育場所(自宅・相手宅・その他())	
	10 その他(具体的に:)		
入所できなかった場合の保育について上記の番号より選択してください。			()

◎ 児童の健康状況

該当するものに○をつけ、必要事項を記入してください。

健康状態	健康・やや弱い・病弱・病気療養中(病名・症状)	
	通院	なし ・ あり 通院先 ()
	対応の必要	なし ・ あり ()
	既往症	() (歳のとき)
アトピー	なし ・ あり (状況:)	
アレルギー	なし ・ あり ・ 不明 (原因物質: 状況:)	
	除去食の必要	なし ・ あり (対応:)
	アナフィラキシーショック	なし ・ あり (対応:)
	※アレルギー対応園以外を希望する場合は、事前に保護者様が利用希望施設に対応できるか確認をとっていただく必要があります。	
保健福祉 センターでの 健診受診	4ヶ月健診	受けていない ・ 受けた(指摘事項 無 ・ 有(内容:))
	1歳半健診	受けていない ・ 受けた(指摘事項 無 ・ 有(内容:))
	3歳健診	受けていない ・ 受けた(指摘事項 無 ・ 有(内容:))
	その他	受けていない ・ 受けた(指摘事項 無 ・ 有(内容:))
	保健センターに健康相談をしたことが ない ・ ある (相談内容:)	
	発達相談を受けたことが ない ・ ある (相談内容:)	
障害者手帳等	なし ・ あり () (障害名:) (等級:) 療育機関(施設名:)	
生活状況	出生時の状況	()週 ()g ()cm
	初歩	歳 ヶ月頃 ・ まだ (寝返り・ずりはい・はいはい・つたい歩き)
	言葉	まだ ・ 単語 ・ 二語文 ・ 会話ができる / 初語(歳 ヶ月頃)
	衣服の着脱	できない ・ 脱げる(上・下) ・ 着られる(上・下) ・ ボタンできる
	食事	できない ・ 手伝いが必要 ・ できる
	排泄	オムツを使用 ・ 手伝いが必要 ・ 時々一人でできる ・ できる
発達状況 (保育施設に伝えておきたいこと、健康発達のことで気になることを詳しく記入してください。)		