

# 入所児童調査票

記入日 年 月 日

施設利用等について	
施設利用希望時間	平日( 曜日を除く) 時 分 ~ 時 分まで 土曜 時 分 ~ 時 分まで
希望認定時間	<input type="checkbox"/> 保育短時間(施設が定める8時間以内) ・ <input type="checkbox"/> 保育標準時間(同11時間以内)
現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 自宅で保育(誰が ) ・ <input type="checkbox"/> 自宅以外で保育( ) <input type="checkbox"/> 職場の保育施設 ・ <input type="checkbox"/> その他( )
希望日に利用開始できなかった場合	<input type="checkbox"/> 自宅で保育 ・ <input type="checkbox"/> 就労等を開始し、自宅以外( )で保育 <input type="checkbox"/> 育休を延長 ⇒ <input type="checkbox"/> 翌月以降、入所が決まったら復帰できる ⇒ <input type="checkbox"/> 育休を延長するため、申し込みを取り下げる
送迎者情報	送迎者の続柄 送り( ) ・ 迎え( ) 交通手段 送り( ) ・ 迎え( )

健康状況等について		児童名
出生時の体重	g	現在の体重 kg
受けた健康診査	<input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 7か月 <input type="checkbox"/> 1歳 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月 検診時の指導( )	
発達・発育で気になること	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に )	
療育相談員への相談	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に )	
定期的な通院状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名 通院先 )	
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に )	
食事制限の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に )	
障害者手帳の交付	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 手帳 級 )	

⇒第2子、第3子については、裏面に記入してください。

## 注意事項

### 育休復帰で入所内定した方

入所翌月の14日までに復帰し、その月末までに復職証明書を提出してください。  
※14日までに復帰できない場合は、原則退園となります。

### 就労内定の証明書を提出して4月に入所内定した方

4月末までに就労を開始し、5月10日までに再度、就労証明書を提出してください。  
※申請時より就労時間等が少ない場合は、原則退園となります。

### 求職活動のために入所内定した方

入所後2か月以内に就労を開始し、就労証明書を提出してください。  
※求職活動での利用期間は、最大2か月です。

健康状況等について		児童名	
出生時の体重	g	現在の体重	kg
受けた健康診査	<input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 7か月 <input type="checkbox"/> 1歳 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月 検診時の指導(		)
発達・発育で気になること	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に		)
療育相談員への相談	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に		)
定期的な通院状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名		通院先 )
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に		)
食事制限の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に		)
障害者手帳の交付	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(		手帳 級 )

健康状況等について		児童名	
出生時の体重	g	現在の体重	kg
受けた健康診査	<input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 7か月 <input type="checkbox"/> 1歳 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月 検診時の指導(		)
発達・発育で気になること	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に		)
療育相談員への相談	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に		)
定期的な通院状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名		通院先 )
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に		)
食事制限の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に		)
障害者手帳の交付	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(		手帳 級 )