

家庭状況調査書

保護者氏名 _____ ㊞

園児名 _____

① 保育の利用を必要とする理由等

続柄	保育の利用を必要とする理由	就労している場合
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ※「就労」以外の方は具体的な状況や、「その他」の内容を下に記入してください。	勤務先名称： (_____) 就労時間： _____ 時 _____ 分 から _____ 時 _____ 分まで 就労日数：月平均 (_____)日
父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ※「就労」以外の方は具体的な状況や、「その他」の内容を下に記入してください。	勤務先名称： (_____) 就労時間： _____ 時 _____ 分 から _____ 時 _____ 分まで 就労日数：月平均 (_____)日
祖父	<input type="checkbox"/> 65歳未満 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 離婚 (65歳未満の方のみ記入) <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 ※「就労」以外の方は具体的な状況や、「その他」の内容を下に記入してください。	勤務先名称： (_____) 就労時間： _____ 時 _____ 分 から _____ 時 _____ 分まで 就労日数：月平均 (_____)日
祖母	<input type="checkbox"/> 65歳未満 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 離婚 (65歳未満の方のみ記入) <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 ※「就労」以外の方は具体的な状況や、「その他」の内容を下に記入してください。	勤務先名称： (_____) 就労時間： _____ 時 _____ 分 から _____ 時 _____ 分まで 就労日数：月平均 (_____)日

② 新生児の予防接種歴

BCG		年 月 日 実施				ポリオ(生ワクチン)	1回目	年 月 日 実施			
		年	月	日	実施		年	月	日	実施	
四種混合 DPT-IPV	1回目	年	月	日	実施	ポリオ (不活化ワクチン)	2回目	年	月	日	実施
	2回目	年	月	日	実施		1回目	年	月	日	実施
	3回目	年	月	日	実施		2回目	年	月	日	実施
	追加	年	月	日	実施		3回目	年	月	日	実施
三種混合 DPT	1回目	年	月	日	実施	ヒブ(インフルエンザ菌b型)	追加	年	月	日	実施
	2回目	年	月	日	実施		1回目	年	月	日	実施
	3回目	年	月	日	実施		2回目	年	月	日	実施
	追加	年	月	日	実施		3回目	年	月	日	実施
麻しん風しん混合 MR	1回目	年	月	日	実施	小児用肺炎球菌	追加	年	月	日	実施
	2回目	年	月	日	実施		1回目	年	月	日	実施
日本脳炎	1回目	年	月	日	実施		2回目	年	月	日	実施
	2回目	年	月	日	実施		3回目	年	月	日	実施
	追加	年	月	日	実施	追加	年	月	日	実施	