

保育所入所申込調査票

この調査票は、保育所に入所申込をする上で、提出が必要な書類です。
①～⑤の項目について、該当箇所を○で囲み、必要事項をもれなくご記入ください。

入所希望児童名		年 月 日生 男・女	
① 慣らし保育について	慣らし保育の対応	慣らし保育とは・・・入所当初から慣れない環境で一日生活することは、お子様にとって大変な負担となります。その為、お子様の負担を軽減するために、保育所（園）との話し合いによって、保育時間を徐々に伸ばし、慣らしていく必要があります。慣らし保育は入所日（原則、毎月1日）から始まります。慣らし保育期間は約二週間程度ですが、お子様の状況により前後することがあります。慣らし保育の期間中はお子様のお迎えが早くなりますのでご注意ください。なお、保育所（園）園を変更された場合も、慣らし保育が必要となります。	
	対応予定者	1. 父 2. 母 3. 祖母 4. 祖父 5. その他（ ）	
② 出産予定・復帰予定	出産予定日：	年 月 日	復帰予定日： 年 月 日
③ ひとり親家庭	1. 非該当 2. 該当		
④ 送迎予定者・方法	送迎者：	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他（ ）	
	送迎方法：	徒歩 ・ 自転車 ・ 車 ・ その他（ ）	
⑤ その他	現在の保育状況	1. 家庭で保育（保育者： ） 2. 自宅外に預けている（幼稚園・保育所・認可外保育施設：施設名 ） 3. 事業所内託児所 4. その他（ ）	
	入所希望日に入所できなかった場合の予定	1. その他の施設に預ける（幼稚園・認可外託児所・その他 ） 2. 親族等に預ける（予定者氏名 ） 3. 育休を延長する 4. 一時保育を利用する 5. その他（ ）	
	入所できなかった場合の翌月からの意向	1. 入所希望日の翌月以降も利用調整を希望する。 2. 入所希望日に入所できなかった場合、翌月以降は利用調整を希望しない。（翌月以降は利用調整を行いませんので、再度利用調整が必要な場合は申請が必要です。）	
	第1～第6希望保育所（園）以外でも希望するか	・希望する（認定こども園含まない） ・希望する（認定こども園含む） ・希望しない 『希望しない』を選択した場合、ご希望の保育所（園）以外で空きがでて、ご連絡を行いませんのでご注意ください。	
	2人（兄弟姉妹）以上同時に入所申込する場合	1. 同時に入所できない場合は入所を希望しない 2. 1人でも入所できる場合は入所を希望する →1の場合 ①同じ保育所を希望 ②異なる保育所でもよい →2の場合、入所できない児童の保育予定（祖父母 ・ 認可外託児所 ・ その他（ ）） 『同時に入所できない場合は入所を希望しない』を選択した場合、きょうだい同時に入所できる場合のみのご連絡になりますので、ご注意ください。	
	見学について	希望の保育所（園）等に見学に行ったことが ある ・ ない ある場合はその保育所（園）名をご記入してください。 [] ※まだ見学していない場合は、見学をお願いします。	

※この調査票は、入所児童一人につき一部の提出が必要です。

裏面へ →

【同意事項】

- ・ 申込み調査票裏面の「児童の健康状況について」に関して、入所希望施設への情報提供に同意します
- ・ 就労証明書等を定められた期日までに提出できない場合は、申し込みを取り消される場合があることに同意します

保護者氏名

印

⑥児童の健康状況について

この調査は、児童の発達や健康状況を入所前に確認し、安全にお預かりができるようにするためのものです。あてはまる口欄にチェックして、該当する場合は（ ）に漏れないように記入してください。なお、回答内容で入所の可否を決定するものではありません。

1	生まれた時の体重は何グラムですか	()	g)
2	おすわりしたのはいつですか	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ケ月頃 <input type="checkbox"/> まだ
3	ハイハイしたのはいつですか	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ケ月頃 <input type="checkbox"/> まだ
4	歩き始めたのはいつですか	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ケ月頃 <input type="checkbox"/> まだ
5	音や声のする方に向きますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	言葉を1～2語、正しくまねますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> まだ
7	「ワンワン キタ」などの2語文を言えますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> まだ
8	赤、青、黄、緑がわかりますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> まだ
9	ごっこ遊びをすることがあります	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10	話相手と目が合いますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	静かな場所で落ち着いて遊ぶことができますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	絵本やお話をしっかり聞くことができますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13	(1) 食物アレルギー反応がでたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	(2) (1) で、はいにチェックをつけた場合 アレルギーの種類 () 除去食等、家庭での対応		
	アナフィラキシーがありますか	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	エピペンを持っていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14	病院で受診したことはありますか。 また、最後に受診したのはいつですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	() 年 () 月頃		
14	次の項目に該当すると思われるものを○で囲んで下さい。 【気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎、アトピー性皮膚炎、じんましん】		
15	けいれんやひきつけを起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	() 歳 () ケ月頃 () °Cで () 何回位) 病名:		
16	(1) 過去に入院したことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	(2) (1) で、はいにチェックをつけた場合		
	病名 () 入院期間 () 病院名 ()		
17	(1) 発達や慢性的な病気等で病院や施設等に通院や相談をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	(2) (1) で、はいにチェックをつけた場合		
	病名 () 病院名 () 通院状況 ()		
18	障がい等により、手帳をお持ちですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	() 手帳 () 級)		
19	特別児童扶養手当を受給していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
20	入所にあたり、健康・発達・行動面などで気になることがありましたらご記入ください。		

※保育所記入欄

保育所(園)名	確認者名
---------	------