

1 保育を必要とする理由等

父等	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学(通勤・通学方法 <u>徒歩・自転車・自動車・バイク・電車・バス</u> 通勤・通学時間 <u>片道 時間 分</u>) <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不存在
母等	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学(通勤・通学方法 <u>徒歩・自転車・自動車・バイク・電車・バス</u> 通勤・通学時間 <u>片道 時間 分</u>) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不存在
就労時間 (時短の場合は時短取得後の勤務時間、フレックス勤務等の場合は最も主となる勤務時間帯を記入してください。昼勤と夜勤がある場合も主となる勤務時間帯を記入していただきますが、昼勤と夜勤が同じ回数である場合は昼勤の時間帯を記入してください。)(不存在の場合や単身赴任等により不在が多い場合は、不在にチェックしてください。)	父等 (時 分 ~ 時 分) <input type="checkbox"/> 不在 母等 (時 分 ~ 時 分) <input type="checkbox"/> 不在
保護者が週37.5時間未満の労働時間となる見込みの有無 (少しでも見込みがあれば有にチェックしてください。)	父等 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 母等 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
平日以外で父母等が全員同時に就労となる日	土曜日 (<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 毎月1日程度 <input type="checkbox"/> ほぼ無い) 日曜日 (<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 毎月1日程度 <input type="checkbox"/> ほぼ無い) 祝日 (<input type="checkbox"/> 毎回 <input type="checkbox"/> 年間で半分程度 <input type="checkbox"/> ほぼ無い)
入所等希望児童から見て3親等内の方が経営に参画している就労先での就業の有無	父等 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 母等 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
送る人 (父・母・その他 ())	迎えに来る人 (父・母・その他 ())
7時30分から18時30分以内での送迎の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 (対応可能な園に限られますのでご注意ください。)

2 祖父母の状況

父方	祖父	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 不存在) 別居の場合の住所 〒 _____	氏名	(_____ 年 月 日生)
	祖母	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 不存在) 別居の場合の住所 〒 _____	氏名	(_____ 年 月 日生)
母方	祖父	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 不存在) 別居の場合の住所 〒 _____	氏名	(_____ 年 月 日生)
	祖母	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 不存在) 別居の場合の住所 〒 _____	氏名	(_____ 年 月 日生)

3 児童の健康状態等 申込書提出日現在

以前、在籍していた保育所等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (園名: _____)
胎児期の異常の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名・症状: _____)
出生の状況	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> その他 (帝王切開・吸引等: _____)
出生時の妊娠週数	(_____) 週で出産
出生時の身長・体重	(_____) cm (_____) g
出生時・新生児期の異常の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名・症状: _____)
先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達の相談等での施設利用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名等及び施設名: _____)
先天性の病気や慢性疾患による医療ケアの必要性の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状・ケア内容: _____)
児童の障害者手帳交付の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類及び等級: _____)
ひきつけ・けいれん等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名・症状: _____)
食物アレルギー・宗教食・食事制限等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 有 (食品名: _____)
現在の平均睡眠時間 (昼寝を含む)	(_____) 時間
上記のほか言語面・身体面等に関する発達への心配の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
首は座っていますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (時期: _____ か月)
寝返りはしましたか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (時期: _____ か月)
ひとり座りはできますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (時期: _____ か月)
ハイハイはできますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (時期: _____ か月)
つかまり立ちはできますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (時期: _____ か月)
歩き始めていますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (時期: _____ か月)

あやすと笑いますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
名前を呼ばれたら反応しますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
話しかけている人と視線（目）が合いますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
簡単な言葉（「おいで」、「バイバイ」など）が分かりますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
簡単な指示（「帽子持ってきて」、「座ろうね」など）を理解できますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
ママ・ブーブーなど意味のある言葉を話しますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
二語文（「ママだっこ」など）を話しますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
あいさつ・返事など生活や遊びに必要な言葉を使えますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
スプーン（はし）を使って食べますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
ひとりで衣服の着脱ができますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
ひとりでトイレでの排泄ができますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
他の子どもや周囲に関心を示しますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
危険な行為を大人の表情や言葉でやめる事ができますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
機嫌が悪い時、たたいたり、かみついたり、奇声をあげたりしますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
生活に支障を来す程、特定のことにこだわりますか。 （数字・図形・水遊び・食べ物・回るものなど）	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
人に触れられることや大きな音などを極端に嫌がりますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
乳幼児健康診査受診時の指摘事項の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 有（健診年齢： 指摘内容：（ ））
乳幼児健康診査受診後の案内等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> どんぐりルーム <input type="checkbox"/> ラッコちゃんルーム <input type="checkbox"/> その他（ ））
預かり時の服薬の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（薬剤名： 服用頻度：（ ））
母語	<input type="checkbox"/> 日本語 <input type="checkbox"/> その他の言語（ ）語
その他保育上の注意点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）

4 意向確認（該当しない欄は記入不要）

育児休業中の方	保育所等に入所等できなかった場合	<input type="checkbox"/> 育児休業を延長する <input type="checkbox"/> 保育先を確保して復職する <input type="checkbox"/> 退職する （施設名：（ ））
求職活動中の方	保育所等に入所等できなかった場合	<input type="checkbox"/> 求職活動を休止する <input type="checkbox"/> 求職活動を継続する
転園の方	保育所等に入所等できなかった場合	<input type="checkbox"/> 現在の園に引き続き在園する <input type="checkbox"/> 退園する
2人以上の入所等を希望される方	<input type="checkbox"/> 全員同月同園に入所のみ希望します。1人でも未入所の場合、全員未入所とし、家庭保育等をします。 <input type="checkbox"/> 全員同園入所のみ希望します。上の子の入所を優先させますが、下の子が先に入っても構いません。 <input type="checkbox"/> 全員同園入所のみ希望します。下の子の入所を優先させますが、上の子が先に入っても構いません。 <input type="checkbox"/> できるだけ全員同園に入所を希望します。同園入所できない場合、それぞれ入所可能園に入所します。 <input type="checkbox"/> できるだけ全員同園に入所を希望します。1人でも未入所なら全員未入所とし、家庭保育等をします。 <input type="checkbox"/> 全員別園で構いません。入所できる園に順次入所します。（第1希望が別園の場合は必ず選択）	

5 備考（特記事項がない方は記入不要）

