

秘 入園申込 状況調査票

入園対象となる 学年	3歳児クラス ・ 4歳児クラス ・ 5歳児クラス				
ふりがな		生年月日 (年齢)	性別	障害者手帳等の有無	
名前		年 月 日 (歳) (令和4年4月1日時点)	男・女	無 ・ 有	
住所	〒 自宅				
	父 携帯				
	行政区 () 母 携帯				
区分	ふりがな 氏 名	子ども との続柄	生年月日 (年齢)	性別	職業、 在籍する学校・園名 (学年)
			年 月 日 (歳)	男・女	
			年 月 日 (歳)	男・女	
			年 月 日 (歳)	男・女	
			年 月 日 (歳)	男・女	
			年 月 日 (歳)	男・女	
			年 月 日 (歳)	男・女	
			年 月 日 (歳)	男・女	
			年 月 日 (歳)	男・女	
生活保護の適用の有無		<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日保護開始)			
障害者手帳等の交付を受けている世帯員の有無		<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (障害者手帳の写しを添付してください。)			
母子家庭又は父子家庭		<input type="checkbox"/> 非該当 ・ <input type="checkbox"/> 該当 (

* 同一敷地内に居住している場合は、「同居」とみなして全員記入して下さい。又、市外に居住する大学生など「生計が同一の子ども」がいる場合は、その子どもも記入して下さい。

◎預かり保育の利用 あ り ・ な し

◎現在の保育状況

<input type="checkbox"/> 幼稚園に通っている <input type="checkbox"/> 認可保育園・他のこども園に通っている <input type="checkbox"/> 認可外保育園・事業所内託児所に通っている <input type="checkbox"/> 自宅で親族（父親・母親・祖父・祖母・その他（ ））が見ている <input type="checkbox"/> 別居の親族が見ている <input type="checkbox"/> 知人等に預けている <input type="checkbox"/> 仕事場に連れていく（同伴就労） <input type="checkbox"/> その他	記入 →	施設名
		期間 年 月 ~ 年 月
		所在地

◎申し込み児童の状況等

- | | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| 1、歩き始めはいつごろですか | (歳 ヶ月)頃 | まだわからない |
| 2、年齢に応じた言葉を発しますか | はい 時々 いいえ | まだわからない |
| 3、呼ばれた時に返事・反応（振り向く等）
ができますか | はい 時々 いいえ | まだわからない |
| 4、聴力で気になることがありますか | はい 時々 いいえ | まだわからない |
| 5、視力で気になることがありますか | はい 時々 いいえ | まだわからない |
| 6、偏食がありますか | はい 時々 いいえ | まだわからない |
| 7、アレルギーはありますか | はい 時々 いいえ
() | まだわからない |

* 「はい」の場合、給食での除去の必要はありますか。

はい いいえ

- | | |
|---------------------------------------------|-----------------------------|
| 8、常に服用している薬はありますか | はい いいえ |
| 9、今までにかかった大きな病気や治療中の病気、通っている病院、通院状況を書いてください | () |

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 10、市で行っている健診で指示を受けたことがありますか | はい いいえ |
| (詳細) | () |

- 11、専門機関等への相談や通級を勧められたり、利用したりしたことがありますか
- ①保健センター個別相談 ②社会福祉協議会たけのこ教室 ③めばえ親子教室
 ④めばえ発達相談 ⑤その他 ()

- 12、園が入園後の受入態勢を整えるために、必要であれば、保護者の方と面談をすることに承諾していただけますか

承諾します 保護者名 () (印)

承諾しません

- 13、その他 お子さんについて心配なことがあれば書いてください。

()