

家 庭 状 況 調 書

保育の資料となりますので、記入漏れのないようにしてください。

保護者氏名		入所希望児童名	令和8年4月1日現在（ 歳）
保育所への送迎ができる人	(朝) 父・母・父方祖父母・母方祖父母・中学生以上のきょうだい・その他（ ）		
	(夕) 父・母・父方祖父母・母方祖父母・中学生以上のきょうだい・その他（ ）		
現在の保育の状況	誰 が		
	どこで		
児童の健康状態 ※入所判定には反映されません	・健診の受診 無 / 有 (4 か月健診、10 か月健診、1 歳 6 カ月健診、3 歳児健診) ・健診時の指摘 無 / 有 (内容: 健診) ・食物アレルギー 無 / 有 (内容:) ・定期的な通院 無 / 有 (内容:) ・現在内服あるいは使用している薬 無 / 有 (内容:) ・過去の入院・手術 無 / 有 (内容:) ・上記について生活上気をつけていることがあれば記入してください。 () ・その他発達上心配ごとはありますか。 () 次の項目は2歳から5歳までのお子様についてお答えください。 ・理由なく奇声を出したり、泣いたりすることがありますか? はい/いいえ ・落ち着きがなく、手を離すとどこに行くか分からないことがありますか? はい/いいえ *加配保育士の配置を検討しますので、なるべく正確にご記入ください。		
祖父母の状況	父方祖父母 住所		
	児童と同居 / 別居	祖父 歳: 外勤・自営・内職・無職・その他 ()	
		祖母 歳: 外勤・自営・内職・無職・その他 ()	
	母方祖父母 住所		
	児童と同居 / 別居	祖父 歳: 外勤・自営・内職・無職・その他 ()	
		祖母 歳: 外勤・自営・内職・無職・その他 ()	

疾病・出産・看護等の状況（該当する事由の欄に記入してください）

出産	出産予定日 年 月 日 ※母子手帳の写しを添付
病気身障	傷病名 () ☐ 通院 (月・週 回) ☐ 入院 (年 月 日から 年 月 日まで) ☐ 自宅療養 ※診断書を添付してください。
	心身障がい 手帳の有無 ☐ 有 (級 種 障がい名)
看護介護	氏名 () 続柄 () ☐ 同居 ☐ 別居 (住所) 傷病名 ()
	状況 ☐ 通所・通院 (月・週 回) 病院・施設名 () ☐ 入院 ☐ 自宅療養 ※診断書を添付してください。

記入例

家庭状況調書

保育の資料となりますので、記入漏れのないようにしてください。

保護者氏名	みやしろ 太郎	入所希望児童名	みやしろ 一郎
			令和8年4月1日現在（1歳）
保育所への送迎ができる人	(朝) (父)・母・父方祖父母・母方祖父母・中学生以上のきょうだい・その他（ ） (夕) 父・(母) 父方祖父母・母方祖父母・中学生以上のきょうだい・その他（ ）		
現在の保育の状況	誰 が 母が		
	どこで 自宅で		
児童の健康状態 ※入所判定には反映されません	・健診の受診 無 / (有) (4か月健診、10か月健診、1歳6カ月健診、3歳児健診) ・健診時の指摘 無 / (有) (内容：10か月健診 ○○と指摘があった) ・食物アレルギー 無 / (有) (内容：卵・乳) ・定期的な通院 無 / (有) (内容：アトピー性皮膚炎、喘息) ・現在内服あるいは使用している薬 無 / (有) (内容：アスピリン、リゾリン軟膏、オロナミンC) ・過去の入院・手術 無 / (有) (内容：川崎病のため入院、右肘骨折のため手術) ・上記について生活上気をつけていることがあれば記入してください。 (医師の指示により、食べてはいけない食品がある など) ・その他発達上心配ごとはありますか。 () 次の項目は2歳から5歳までのお子様についてお答えください。 ・理由なく奇声を出したり、泣いたりすることがありますか？ はい/いいえ ・落ち着きがなく、手を離すとどこに行くか分からないことがありますか？ はい/いいえ *加配保育士の配置を検討しますので、なるべく正確にご記入ください。		
祖父母の状況	父方祖父母	住所	杉戸町○○■丁目△番地
	児童と同居 / 別居	祖父	75歳：(外勤)・自営・内職・無職・その他（ ）
		祖母	70歳：(外勤)・自営・内職・無職・その他（ ）
	母方祖父母	住所	春日部市○○■丁目△番地
	児童と同居 / (別居)	祖父	70歳：(外勤)・自営・内職・無職・その他（ ）
		祖母	69歳：(外勤)・自営・内職・無職・その他（ ）

疾病・出産・看護等の状況（該当する事由の欄に記入してください）

出産	出産予定日	年	月	日	※母子手帳の写しを添付
病気 身障	傷病名（ ） □通院（月・週 回） □入院（ 年 月 日から 年 月 日まで） □自宅療養 ※診断書を添付してください。				
	心身障がい 手帳の有無 □有（ 級 種 障がい名 ）				
看護 介護	氏名（ ）続柄（ ） □同居 □別居（住所 ）				
	傷病名（ ） 状況 □通所・通院（月・週 回） 病院・施設名（ ） □入院 □自宅療養 ※診断書を添付してください。				