

新規用

保護者氏名	
子どもの氏名	年 月 日生

利用調整調査票

※年齢はすべて4月1日現在で記入してください

◎祖父母の状況

	祖父の状況		祖母の状況	
父方	氏名	(歳)	氏名	(歳)
	住所	同居 別居(住所)	住所	同居 別居(住所)
	就労等の状況	就労(常勤・パート・自営・自営手伝・内職) 不就労の場合、保育ができない理由 ()	就労等の状況	就労(常勤・パート・自営・自営手伝・内職) 不就労の場合、保育ができない理由 ()
母方	氏名	(歳)	氏名	(歳)
	住所	同居 別居(住所)	住所	同居 別居(住所)
	就労等の状況	就労(常勤・パート・自営・自営手伝・内職) 不就労の場合、保育ができない理由 ()	就労等の状況	就労(常勤・パート・自営・自営手伝・内職) 不就労の場合、保育ができない理由 ()

・不在の場合は、氏名欄に「不在」と記入してください。

・65歳未満の同居の祖父母で、保育ができない理由がある場合、確認できるもの(就労の場合：社名の入った保険証、最新の給与明細等の写し等)を添付してください。

◎その他の同居親族等の状況

氏名	(歳)	子どもとの続柄：
就労等の状況	就労(常勤・パート・自営・自営手伝・内職) 不就労の場合、保育ができない理由()	
氏名	(歳)	子どもとの続柄：
就労等の状況	就労(常勤・パート・自営・自営手伝・内職) 不就労の場合、保育ができない理由()	
氏名	(歳)	子どもとの続柄：
就労等の状況	就労(常勤・パート・自営・自営手伝・内職) 不就労の場合、保育ができない理由()	

・20歳以上65歳未満の同居親族等がいる場合は記入してください。

・保育ができない理由がある場合、確認できるもの(就労の場合：社名の入った保険証、最新の給与明細等の写し等)を添付してください。

◎就学前の子どもの状況

名前	生年月日	年齢	状況
	・		保育園(所) 幼稚園 に(在園中・利用申込中)・その他()
	・		保育園(所) 幼稚園 に(在園中・利用申込中)・その他()
	・		保育園(所) 幼稚園 に(在園中・利用申込中)・その他()

・小学校就学前の子どもについて記入してください(申請子ども本人を含む)

保育所等利用申込時の発達状況等確認票

記入年月日 年 月 日 記入者（ 父 ・ 母 ・ その他 ）

児童名（ふりがな）	()
児童生年月日	年 月 日 (歳 か月)

※該当する箇所に☑・必要事項を記入して下さい。

健診状況	1 か月児健康診査	<input type="checkbox"/> 受診 指摘事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未受診
	3 か月児健康診査	<input type="checkbox"/> 受診 指摘事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未受診
	7 か月児健康診査	<input type="checkbox"/> 受診 指摘事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未受診
	1歳6 か月児健康診査	<input type="checkbox"/> 受診 指摘事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未受診
	3歳児健康診査	
	小児科	<input type="checkbox"/> 受診 指摘事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未受診
	歯科	<input type="checkbox"/> 受診 指摘事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未受診
	視力検査	<input type="checkbox"/> 受診 指摘事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未受診
	聴力検査	<input type="checkbox"/> 受診 指摘事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未受診
発達面で気になること	専門機関への相談	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 保健センター <input type="checkbox"/> 家庭児童相談室 <input type="checkbox"/> 市福祉事務所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 発達支援センター <input type="checkbox"/> 療育施設 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし
	専門機関への通所	<input type="checkbox"/> あり 施設名 () <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 () 回通所 <input type="checkbox"/> なし
	コミュニケーション	視線 <input type="checkbox"/> 視線が合う ※目を合わせて意思の疎通を図ろうとしている等 <input type="checkbox"/> 視線が合いにくい ※顔は向いていても目以外のものに視線がいく等 言葉 <input type="checkbox"/> よく話す (<input type="checkbox"/> 知っている人とだけ <input type="checkbox"/> 誰とでも) <input type="checkbox"/> あまり話さない <input type="checkbox"/> まだ話せない 発達面で気になること 集団生活で不安なこと (自由記述)
生活状況	睡眠時間	() 時間/日 (お昼寝時間を含む) お昼寝 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 入眠時間 : ~起床時間 : <input type="checkbox"/> 不規則
	食事	<input type="checkbox"/> 何でも良く食べる <input type="checkbox"/> 偏食がある <input type="checkbox"/> 偏食が激しい <input type="checkbox"/> 離乳食未開始
	メディアの接触時間 (スマホ・タブレット・ゲーム・テレビ等)	(平日) <input type="checkbox"/> 見せていない <input type="checkbox"/> 1時間未満 <input type="checkbox"/> 1~2時間未満 <input type="checkbox"/> 2時間以上 (休日) <input type="checkbox"/> 見せていない <input type="checkbox"/> 1時間未満 <input type="checkbox"/> 1~2時間未満 <input type="checkbox"/> 2時間以上