別紙３

　**児 童 家 庭 調 査 票**

**児童氏名**

該当する項目に記入してください。（□は✓をする。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **父親の状況** | **母親の状況** |
| 勤務形態 | □常勤　　　　□自営□パート　　　□農業□内職　　　　□派遣社員□勤務予定(　年　月　日から)□その他(　　　　　　　　　) | □常勤　　　　□自営□パート　　　□農業□内職　　　　□派遣社員□勤務予定(　年　月　日から)□その他(　　　　　　　　　) |
| 勤務先所在地等 | 所在地 | 所在地 |
| 通勤手段　　　　通勤時間　　分 | 通勤手段　　　　通勤時間　　分 |
| 勤務時間・日数 | 　　時　　分　～　　時　　分 | 時　　分　～　　時　　分 |
| 平均（週）　　日 | 平均（週）　　日 |
| 病気・障害等 | 病名・病状等　　　　　　　　　　　　　　 | 病名・病状等　　　　　　　　　　　　　　 |
| 療養場所　　□自宅　□病院 | 療養場所　　□自宅　□病院 |
| 通院状況　　週・月　　回 | 通院状況　　週・月　　回 |
| 出産 | 出産予定日　　平成　　年　　月　　日 |
| 看護・介護※状況を具体的にご記入ください |  |  |
| **祖父母の状況** | ※祖父母が同居または同一敷地内等に居住している場合に記入してください。□父方　　□母方　　□同居　　□同一敷地内に居住　　□隣接地に居住 |
| □祖父　　　氏名生年月日（ 　年 月 日 歳）保育のできない状況・理由 | □祖母　　氏名生年月日（ 　年 月 日 歳）保育のできない状況・理由 |
| **児童の状況** | １．発達や慢性的な病気のことで相談している病院や施設がありますか？無　・　有　　　　病院及び施設の名称（　　　　　　　　　　　　）病名等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）服薬をしている場合は、薬の種類と回数を記入してください。種類（　　　　　　　　　）　回数（１日　　回） |
| ２．「身体障害者手帳」または「療育手帳」をお持ちですか？無　・　有　　　　身体障害者手帳（　　　　級）　療育手帳（ Ⓐ・Ａ・Ｂ・Ｃ ） |
| ３．アトピーやアレルギーがありますか？無　・　有　　　　症状・除去食等（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 家庭や児童の状況について特記事項がございましたら記入してください。 |