

家庭状況確認票

住所  
申請者  
氏名 \_\_\_\_\_

年 月 日

家族の状況	氏名	続柄	生年月日	勤務先(学校名)	
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
申請理由	仕事等の区分	該当の有無	仕事等の内容		
	就労(短時間・断続的)		勤務時間	: ~ :	
	職業訓練・就学等		授業時間	: ~ :	
	傷病	入院		・入, 通院病院名( 電話 - )	
		通院		・入, 通院日数( 月 日 ~ 月 日 )	
	妊娠・出産			・出産予定日( 年 月 日 )	
	冠婚葬祭	結婚式		・会場名( 電話 - )	
		葬儀		・日 時( 年 月 日 ~ 月 日 )	
	災害・事故			・場 所( 電話 - )	
	出張			・日 時( 年 月 日 ~ 月 日 )	
	看護・介護	入院付添い		・病院・施設名( 電話 - )	
		居宅内介護		・傷病名( )	
				・入, 通院日数( 月 日 ~ 月 日 )	
			・看, 介護の状況( )		
私的理由の内容			・利用内容( )		
			・場 所( 電話 - )		
			・日 時( 年 月 日 ~ 月 日 ) 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分		
その他緊急な理由					

○ 利用児童の状況

児童名 \_\_\_\_\_

- 健康状態 健康・病気治療中(症状 \_\_\_\_\_ 血液型( \_\_\_\_\_ 型) \_\_\_\_\_ かかりつけの病院名 \_\_\_\_\_ )
- 身体に障害がありますか ある, ない  
・障害のある場所 耳( \_\_\_\_\_ ) 目( \_\_\_\_\_ ) 鼻( \_\_\_\_\_ )  
口( \_\_\_\_\_ ) 手( \_\_\_\_\_ ) 足( \_\_\_\_\_ ) その他( \_\_\_\_\_ )
- 今までに手術を受けたこと ある, ない  
・手術をしたところ( \_\_\_\_\_ )
- ひきつけをよく起こす 起こす, 起こさない  
・どういう時( \_\_\_\_\_ )  
・どうしているか( \_\_\_\_\_ )
- 少し運動しても息切れや顔色が悪くなる なる, ならない
- アトピー性皮膚炎 ある, ない
- その他のアレルギー(どんな症状 \_\_\_\_\_ )  
・食事制限 ある, (どんな食物 \_\_\_\_\_ ), ない
- 人見知り する, しない
- 言葉 はっきりする, はっきりしない(喃語, 片語, 幼児語)

食事	・食事時間	朝( _____ 時) 昼( _____ 時) 夜( _____ 時)
	・1人で食べられる	( _____ ) 食べられない( _____ )
	・スプーンを使う	( _____ ) はしを使う( _____ )
	・好きなもの	( _____ )
睡眠	・嫌いなもの	( _____ )
	・睡眠時間	時 分 ~ 時 分
	・寝るときのくせ	( _____ )
排泄	・昼寝	する, しない, ときどき
	・オムツ	( _____ ) トレーニングパンツ( _____ ) 知らせる( _____ ) 自立( _____ )
	・大便	1日 _____ 回(午前 _____ 時, 午後 _____ 時, 不定)
	・小便	何時間おき
	・おねしょ	する, しない, ときどき