

東庄町施設(事業)利用に係る調査票

番号 \_\_\_\_\_

児童氏名					保護者氏名				
保護者の状況 ～ 該当する区分に記入 ～ 複数可	区分		母親			父親			
	1 就労	勤務先名 または名称 (業種)							
		就労先住所							
		就労先電話							
		就労形態	常勤・パート・臨時・日雇・その他( )			常勤・パート・臨時・日雇・その他( )			
		就労開始日	年 月 日 (就労・就労予定)			年 月 日 (就労・就労予定)			
		就労時間等	時 分～ 時 分 実働 時間 休日： 曜休み/週・月 日休み			時 分～ 時 分 実働 時間 休日： 曜休み/週・月 日休み			
		通勤手段等							
	2 妊娠・出産	出産予定日	年 月 日			/			
		産後の予定	就労予定(無・有・未定) 育休(無・有 ~ )						
	3 傷病・障害	傷病名等							
		状況	入院・通院・自宅療養・身障(種 級)			入院・通院・自宅療養・身障(種 級)			
	4 同居親族の 介護等	傷病人氏名	(児童との続柄)			(児童との続柄)			
傷病名 状況		入院・通院・自宅療養・身障( )・要介護( )			入院・通院・自宅療養・身障( )・要介護( )				
5 家庭災害	風水害 火災等	被災年月日 年 月 日							
		被害の程度							
6 求職活動	活動状況								
	7 就学等	就学先等							
		期間	年 月 日～ 年 月 日			年 月 日～ 年 月 日			
8 その他	具体的に 記入								
※ 町記入欄									
祖父母の状況	区分	氏名	年齢	同・別居	住所(別居の場合記入)	TEL	備考		
	父方	祖父		同・別					
		祖母		同・別					
	母方	祖父		同・別					
祖母			同・別						
保護者不在時の連絡先				住所	TEL				
同居(世帯分離している祖父母についても記入)	区分		父方・母方 祖父			父方・母方 祖母			
	状況		就労・無職・その他( )			就労・無職・その他( )			
	勤務先名または 名称(業種)								
	就労先住所								
	就労先電話								
	就労形態		常勤・パート・臨時・日雇・その他( )			常勤・パート・臨時・日雇・その他( )			
勤務時間		時 分～ 時 分 (休日： 曜休み)			時 分～ 時 分 (休日： 曜休み)				

裏面もご記入ください

児 童 の 状 況  （ 該 当 す る  □ に  ✓ チ ェ ツ ク ）	予防接種の状況	<input type="checkbox"/> ヒブ 【 <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 追加】 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 【 <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 追加】 <input type="checkbox"/> B型肝炎 【 <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目】 <input type="checkbox"/> 四種混合 【 <input type="checkbox"/> 1期1回目 <input type="checkbox"/> 1期2回目 <input type="checkbox"/> 1期3回目 <input type="checkbox"/> 1期追加】 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風疹混合（MR） 【 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目】 <input type="checkbox"/> 水痘 【 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目】 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 【 <input type="checkbox"/> 1期1回目 <input type="checkbox"/> 1期2回目 <input type="checkbox"/> 1期追加】 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	出産時の状況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（ ）
	健診の受診状況	<input type="checkbox"/> 4・5か月健診 <input type="checkbox"/> 9か月相談 <input type="checkbox"/> 1才6か月健診 <input type="checkbox"/> 3才児健診
	健康面	<input type="checkbox"/> 継続的な治療を受けているものがある 病名（ ） 医療機関（ ） 医師からの指示等（ ） <input type="checkbox"/> アレルギーといわれている 原因（ ） ※食物アレルギーの場合は、原因食物を必ずご記入ください。 <input type="checkbox"/> ぜいぜいしやすい <input type="checkbox"/> ひきつけたことがある（最初のひきつけ 才 ヶ月ごろ） <input type="checkbox"/> 便秘しやすい <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 福祉サービスを受けている（ ） <input type="checkbox"/> 手帳等を交付されている 身体障害者手帳（ 種 級） 療育手帳（ ） 特別児童扶養手当（ 級）
	生活面・心理面	<input type="checkbox"/> おむつをしている <input type="checkbox"/> 困ったくせがある（ ） <input type="checkbox"/> 偏食である <input type="checkbox"/> 言葉の遅れがある <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> その他、気になること（ ）
発育や発達、病気のことなどで伝えておきたいことや、健診等で助言を受けていること等がありましたら、ご記入ください。      		
同一世帯で下記の手帳及び証書の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（下記、〔 〕内に児童との続柄をご記入ください。） 身体障害者手帳〔 〕 ・療育手帳〔 〕 ・国民年金の障害基礎年金証書〔 〕		

※町記入欄	備考
-------	----