

家庭等の記録

入 所 児 童	ふりがな 氏 名		男 ・ 女	平成 令和	年	月	日生	
	出身保育所・幼稚園の名称【		<input type="checkbox"/> 保育所（園） <input type="checkbox"/> 幼稚園】					
	発達障害・身体障害等（疑い含む）の受診・相談の有無： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 今後予定有 …有・予定有の場合【受診・相談機関：							
	】【診断名の有無： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有】							
	手帳の有無： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有…種類等【 <input type="checkbox"/> 療育手帳： <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳：第 種 級 <input type="checkbox"/> その他： <input type="checkbox"/> 】							
障害や手帳の有無に関わらず、配慮の必要性（疾病・アレルギー等）や生活面において心配事がある場合はご記入ください。								

○父母の状況 該当する箇所に「✓」又は必要事項を記入してください。

父 親 に つ い て	状 況	<input type="checkbox"/> 常時同居 <input type="checkbox"/> それ以外【						】…記述は任意		
	勤務・ 就学先 名 称	<input type="checkbox"/> 居宅外の外勤【 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> その他】						所在地		
	時間等	月～金： 時 分～ 時 分	電話番号：						職場等から学童までの所要時間 時間 分	
		土曜日： 時 分～ 時 分								
勤 務 日数等	週あたりの勤務日数 <input type="checkbox"/> 5日以上 <input type="checkbox"/> 4日 <input type="checkbox"/> 3日 <input type="checkbox"/> その他			通勤等を含む1日の拘束時間 <input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 6以上8時間未満 <input type="checkbox"/> 6時間未満						
母 親 に つ い て	状 況	<input type="checkbox"/> 常時同居 <input type="checkbox"/> それ以外【						】…記述は任意		
	勤務・ 就学先 名 称	<input type="checkbox"/> 居宅外の外勤【 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> その他】						所在地		
	時間等	月～金： 時 分～ 時 分	電話番号：						職場等から学童までの所要時間 時間 分	
		土曜日： 時 分～ 時 分								
勤 務 日数等	週あたりの勤務日数 <input type="checkbox"/> 5日以上 <input type="checkbox"/> 4日 <input type="checkbox"/> 3日 <input type="checkbox"/> その他			通勤等を含む1日の拘束時間 <input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 6以上8時間未満 <input type="checkbox"/> 6時間未満						
保 護 者 又 は 家 族 が 病 気 の 場 合	氏 名			保護者との続柄						
	病 院			入院の期間		年 月 日～ 年 月 日				
	居宅内 の場合	<input type="checkbox"/> 常時就床 <input type="checkbox"/> 精神性疾患 <input type="checkbox"/> 一般療養 <input type="checkbox"/> 重度の障害 <input type="checkbox"/> 中度の障害								

※裏面へ続く

通所経路図・所要時間【車 徒歩】約 分

自宅から学童保育所までの通所経路を記入してください。