

【三島市】入所希望児童調査票①（表面）

記入日

令和 6 年 10 月 10 日

◆本調査票を含む保育所等の申込み内容を入園を希望する各保育施設と情報共有することに

同意します  同意しません

（保護者名）

**三島 頼朝**

フリガナ  
児童名

三島 勇馬

（受付印）

生年月日

平成  
令和

6 年 5 月 1 日

※二重枠囲みの部分を保護者様をご記入してください。

※この調査票は入園希望時の状況を把握するためのものです。該当する箇所をチェック、必要な箇所に記述をしてください。

保育時間	希望保育時間	( 8 ) 時 ( 00 ) 分 ~ ( 16 ) 時 ( 30 ) 分		
	延長保育の希望	<input type="checkbox"/> ある	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
仕事内容	父	具体的な仕事の内容を記入。単に事務職、技術職は避けてください。例：〇〇の〇〇に係る事務、〇〇の製造に係る〇〇 <b>繊維の物流に関する営業</b>		
	母	具体的な仕事の内容を記入。単に事務職、技術職は避けてください。例：〇〇の〇〇に係る事務、〇〇の製造に係る〇〇 <b>食品・日用品の販売に関する業務</b>		
児童の送迎	送り	誰が	<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他( )	
	迎え	誰が	<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他( )	
児童の保育状況等	送迎	交通手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input checked="" type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス	
	緊急時の迎え	誰が	<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他( )	
入所歴	現在の保育	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅で保育している ⇒ <input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 保育施設等を利用している { ◎施設名称( ) ◎利用期間:年 月 日~ 年 月 日 ◎種別 <input type="checkbox"/> 認可保育園 <input type="checkbox"/> 小規模・事業所内保育事業 <input type="checkbox"/> 一時預かり(週 日) <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 幼稚園 ◎三島市以外の保育施設等の場合(所在市町名 ) <input type="checkbox"/> 親族に預けている (続柄: 氏名: ) <input type="checkbox"/> 職場で保育している ⇒ <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 事業所内託児所 <input type="checkbox"/> その他( )		
	入所歴	過去に保育施設・幼稚園等の利用経験がある	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
児童の健康状態	持病やアレルギー	・今まで病気で入院したり大きな怪我をしたことがありますか <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない 病名、怪我の内容 ( ) 現在の治療の状況 ( ) ・持病や体質で気になることがありますか 例：小児喘息・けいれん・アトピー・関節がはずれる等 <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 「ある」場合 ( <b>アトピー性皮膚炎</b> ) 医師からの指導内容 ( <b>特になし</b> )		
	アレルギー	・けいれんやひきつけを起こしたことがありますか <input type="checkbox"/> ある(回数 回、 歳 ヶ月頃~) <input checked="" type="checkbox"/> ない ・身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれかをもっていますか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・直近で受けた健康診断についてお書きください ( )歳 ( 10 )ヶ月健診 健診での指導内容 ( <b>特になし</b> )		
	アレルギー	・食物のアレルギーはありますか <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 「ある」場合には、品目 <input checked="" type="checkbox"/> 卵 <input checked="" type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 米 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他( ) 程度 例：完全除去が必要。アナフィラキシー症状を起こしたことがある。エピペン®を処方されている。など ( <b>完全除去が必要。</b> ) 医師からの指導内容 ( )		
	アレルギー	・食物以外のアレルギーはありますか <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない 「ある」場合には、原因 ( )検査日： 医師からの指導内容 ( )医療機関名：		
	アレルギー	・食物以外のアレルギーはありますか <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない 「ある」場合には、原因 ( )検査日： 医師からの指導内容 ( )医療機関名：		
	アレルギー	・食物以外のアレルギーはありますか <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない 「ある」場合には、原因 ( )検査日： 医師からの指導内容 ( )医療機関名：		

※裏面もご確認ください→

【三島市】

入所希望児童調査票②（裏面）

フリガナ  
児童名

三島 勇馬

薬	・現在継続して服用している薬がありますか 「ある」場合 (1日 回 / 朝・昼・夕)、(服用目的: )	<input type="checkbox"/> ある	<input checked="" type="checkbox"/> ない
食事	・現在どんな食事をしていますか ・食するとき何を使っていますか	<input checked="" type="checkbox"/> 母乳 <input checked="" type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 離乳食(初期・中期・後期・完了期) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> はし	
排泄	<input type="checkbox"/> すべて自分でできる <input type="checkbox"/> 自分でできないが知らせる	<input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 夜・外出時だけおむつ	<input checked="" type="checkbox"/> おむつが必要
睡眠	・夜は何時ごろ寝ますか ( 9 時 00 分頃)	・朝起きる時間は ( 7 時 00 分頃)	
	・現在お昼寝をしていますか	<input checked="" type="checkbox"/> している (午前 2 時間、午後 1 時間) <input type="checkbox"/> していない	
	・寝る時のくせはありますか	<input type="checkbox"/> ある ( ) <input checked="" type="checkbox"/> ない	
ことば	・ことばの状況はいかがですか 心配がある場合 (内容: )	<input checked="" type="checkbox"/> 喃語(アアア)程度 <input type="checkbox"/> 二語文程度	<input type="checkbox"/> 単語程度 <input type="checkbox"/> 会話のやりとりができる <input type="checkbox"/> 心配がある
健康診断	・健康診断時に指導・事後フォロー等がありましたか <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 指導あり (内容: )	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> たんぽぽ教室に通っている
体の発達	<input checked="" type="checkbox"/> 首がすわっている	<input checked="" type="checkbox"/> 声をかけると目が合う	<input type="checkbox"/> 自立歩行ができる
	<input checked="" type="checkbox"/> 音がするほうを向く	<input checked="" type="checkbox"/> 寝返りができる	<input type="checkbox"/> 歳を言える
	<input checked="" type="checkbox"/> 動いているものを見る	<input checked="" type="checkbox"/> おすわりができる	<input type="checkbox"/> 名前を言える
その他	・健康上または発達上、気になることがあれば記入してください ( 医者から発達の遅れがあるといわれている。(10ヶ月) )		
	・保育するにあたり、配慮が必要なことがあれば記入してください ( )		
保育園の見学等	・入所希望の保育園へ見学に行ったことがありますか <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 園庭開放や子育て支援センターを利用したことがある <input type="checkbox"/> 今後行く予定 <input type="checkbox"/> ない		
住所の状況	・転居の予定 <input checked="" type="checkbox"/> ある (転居先住所 三島市梅名353-1 ) <input type="checkbox"/> ない ・転居予定日 令和 7 年 1 月 30 日頃		
希望園の限定	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する保育園を限定する(第4希望以降あれば↓に記入) 第4希望以降(■■■保育園、○○○保育園)		

【入園できなかった場合の対応について】

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 父または母が家庭で保育する                             | <input type="checkbox"/> 現在の保育施設等を継続利用する |
| <input checked="" type="checkbox"/> 育児休業を延長する (令和 7 年 11 月 15 日まで) | <input type="checkbox"/> 認可外保育施設を利用する    |
| <input type="checkbox"/> 退職する                                      | <input type="checkbox"/> 勤務先に連れていく       |
| <input type="checkbox"/> 親族を頼る(祖父母・その他 )                           | <input type="checkbox"/> 事業所内託児所に預ける     |
| <input type="checkbox"/> その他( )                                    | <input type="checkbox"/> 一時保育を利用する       |

【きょうだいで申し込みをされる方へ】

きょうだいで申し込みをされる方は、以下のご希望についてチェックをしてください。  
チェックの内容により利用調整(選考)上、有利・不利になることはありません。

①きょうだいの組み合わせについて(必ずご記入ください)

- |   |         |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> 同時期に同じ保育園等に入れなければ、入園しない (同時期・同園希望) | →以下不要   |
| <input type="checkbox"/> 別々の保育園等でもよいが、同時期でないと入園しない (同時期希望)  | →②で選択終了 |
| <input type="checkbox"/> ひとりでも入園できれば入園する (優先児童名: )          |         |
| <input type="checkbox"/> 入園優先児童以外が決まった場合も、決まった子は入園する。       | →②へ     |
| <input type="checkbox"/> 入園優先児童以外が決まった時は入園しない               | →②へ     |

②きょうだいで同時期に入園できる場合

- |   |     |
|---|-----|
| <input type="checkbox"/> 上位希望園で別園になるよりも、下位希望園で同園を希望する | →③へ |
| <input type="checkbox"/> 希望順位を優先し、別園でも希望する            | →③へ |

③入園できなかったきょうだいの今後の利用調整(選考)について

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 入園できなかった児童は、きょうだいと同じ園のみ空き待ちする(同園希望) |
| <input type="checkbox"/> 入園できなかった児童は、別園でもよいので空き待ちする          |