

面接時・入園後に使用する書類

下記の書類は、面接時又は入園後に使用する書類になりますので、大切に保管してください。

※1～3の書類は、面接時に候補先の保育所等に提出

※4の書類は、入園後に休業を終了し、就労を開始した際に提出

～書類名～

- 1 勤務状況及び延長希望調書
- 2 児童健康調査票
- 3 アレルギー調査票
- 4 就労状況証明書（下記「就労状況証明書について」に該当する場合のみ提出）

児童健康調査票について

児童健康調査票は、全歳児共通調査票です。面接時には、必要な項目に記入のうえ提出してください。

就労状況証明書について

保育施設の利用開始時点で育児休業又は産前産後休業中の場合は、利用開始月の翌月15日までに、復帰したうえで「就労状況証明書」を提出してください。期限以内に就労を開始しなかった場合は、退所して頂きます。あらかじめご了承ください。

※申込児童以外の上記休業を取得している場合においても同様です。

勤務状況及び延長希望調書(新規利用児童面接用)

		世帯ID		歳児	保育所等名	
ふりがな 児童名				ふりがな 保護者名		
生年月日	年 月 日(歳)			生年月日	年 月 日(歳)	
住所				電話番号		
希望保育 時間	平日	時 分	～	時 分		
	土曜日	時 分	～	時 分		
※実際の保育時間は、保護者の状況を考慮したうえで保育所が決定することとなりますので、上記の希望時間とは異なる場合がございます。						
延長保育	利用希望	有 ・ 無		利用希望時間	時 分 ～ 時 分	
同居している家族の状況	続柄	勤務先(学校)名	勤務先(学校)住所	電話番号	勤務時間	休日
					時 分～ 時 分	月・火・水・木 金・土・日・不規則
					時 分～ 時 分	月・火・水・木 金・土・日・不規則
					時 分～ 時 分	月・火・水・木 金・土・日・不規則
					時 分～ 時 分	月・火・水・木 金・土・日・不規則
					時 分～ 時 分	月・火・水・木 金・土・日・不規則
					時 分～ 時 分	月・火・水・木 金・土・日・不規則
主な送迎者	送	続柄	自宅から保育所等まで 約 分	主な送迎手段	徒歩・自転車・バス・その他()	
	迎	続柄	勤務先から保育所まで 約 分	主な送迎手段	徒歩・自転車・バス・その他()	
の同居 祖父 母 の い な い 状 況	児童との続柄		年齢	健康状態	職業	住所
	父方	祖父		良 ・ 不良	有・無	
		祖母		良 ・ 不良	有・無	
	母方	祖父		良 ・ 不良	有・無	
		祖母		良 ・ 不良	有・無	

保育所等記入欄	保育時間				保育要件等	
	平日	時 分	～	時 分	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間 <input type="checkbox"/> 育児休業(月 日まで) 備考	
	土曜日	時 分	～	時 分		
	延長保育	時 分	～	時 分 (月・火・水・木・金)		

令和 年度 児童健康調査票（全歳児共通）		保育所		担当者	
		令和 年 月 日	面接		
フリガナ	性別	生 年 月 日			
児童名	男・女	平成・令和 年 月 日 (満 歳 か月)			
保護者名	続 柄	日 中 保 育 し て い る 方 母・父・祖父母・その他 ()			
生 育 歴	★出生時のことについて				
	1	妊娠期間はどのくらいでしたか。	か月 週（早産・満期産・過期産）		
	2	出生時の体格を記入してください。	身長 cm・体重 g・頭囲 cm		
	3	正常分娩でしたか。	正常分娩・帝王切開・吸引・鉗子・その他		
	4	出生時に何か異常がありましたか。	元気・衰弱・仮死・チアノーゼ・血腫・その他		
	5	保育器は使用しましたか。	未使用・使用 (日間)		
6	出生時に黄疸がありましたか。	なし・あり ()			
ア レ ル ギ ー	★アレルギー・病気・発達について該当する項目に○をつけ必要事項の記入をしてください。				
	☆食物アレルギーはありますか。	ある	なし	(別紙アレルギー調査票は全員記入)	
	☆アトピー性皮膚炎はありますか。	ある→	あると答えた方は下記も記入	なし	
	具体的な症状				
	☆気管支喘息はありますか。	ある→	あると答えた方は下記も記入	なし	
	具体的な症状				
	☆アレルギー性結膜炎はありますか。	ある→	あると答えた方は下記も記入	なし	
	具体的な症状				
	☆アレルギー性鼻炎はありますか。	ある→	あると答えた方は下記も記入	なし	
	具体的な症状				
	☆熱性けいれんはありますか。	ある→	あると答えた方は下記も記入	なし	
	初回発生時	年 月			
直近発生時	年 月				
具体的な症状					
病 歴 等	☆先天的な疾患・現在治療中・経過観察中の病気はありますか。	ある→	あると答えた方は下記も記入	なし	
	病名				
	かかりつけ医療機関・医師名				
	現在の状況				
	通院頻度				
	手術の履歴	ある→	年 月	なし	
	今後の手術の予定	ある→	年 月	なし	
現在医療的ケアはありますか	ある	なし	今後医療的ケアの予定はありますか	ある	なし
発 達	発達について相談している病院・施設はありますか。		ある→あると答えた方は下記も記入		なし
	症状				
	病院・施設名	医療機関 () 児童発達支援 () 子育て相談課 わかゆり学園 保健センター その他 ()			
☆身体障害者手帳・療育手帳の有無 あり (級・度) なし					

*歳児は利用希望年度4月1日現在の満年齢でご記入下さい。

*発達の状況（下記の質問）は、あくまでも年齢に応じためやすです。

★0歳～5歳まで全てのお子さんについて上から順に該当する項目に○をつけてください。				備考
1	首がすわっていますか。	はい	いいえ	(月頃から)
2	寝返りをしますか。	はい	いいえ	(月頃から)
3	お座りができますか。	はい	いいえ	(月頃から)
4	ハイハイをしますか。	はい	いいえ	(月頃から)
5	つかまり立ちをしますか。	はい	いいえ	(月頃から)
6	つたい歩きができますか。	はい	いいえ	(月頃から)
7	人見知りをしますか。	はい	いいえ	(月頃から)
8	おもちゃを目で追いますか。	はい	いいえ	
9	あやされると声を出して笑いますか。	はい	いいえ	
10	音のするほうに顔をむけますか。	はい	いいえ	
11	おもちゃに手を伸ばしますか。	はい	いいえ	
12	一人でおもちゃで遊びますか。	はい	いいえ	
13	指で小さいものをつかみますか。	はい	いいえ	
14	大人の声がけに反応しますか。	はい	いいえ	
15	離乳食は順調ですか。(順調でしたか。)	はい	いいえ	該当のものに○ 初期・中期・後期
16	哺乳瓶からミルクを飲みますか。(0歳児のみ回答)	はい	いいえ	該当のものに○ 母乳・ミルク・混合
17	スプーンから飲むことができますか。	はい	いいえ	
18	ストローを使って飲むことができますか。	はい	いいえ	
19	手づかみで食べますか。	はい	いいえ	
20	初めての歯は生えましたか。	はい	いいえ	(月頃から)
視力	視力について医療機関や検診において指摘を受けたことがありますか。	ある	なし	
	あると答えた方⇒・めがねを使用している(近視・遠視・弱視・斜視)・使用していない			
聴力	耳の聞こえについて医療機関や検診において指摘を受けたことがありますか。	ある	なし	
	あると答えた方⇒・補聴器を使用している・使用していない			
★1歳以上のお子さんについては、以下もお答えください。(0歳児は終了です)				
21	一人で立っていることができますか。	はい	いいえ	(歳 月頃から)
22	歩くことができますか。	はい	いいえ	(歳 月頃から)
23	走ることができますか。	はい	いいえ	(歳 月頃から)
24	絵本に興味がありますか。	はい	いいえ	
25	積み木を横に並べたり、重ねたりできますか。	はい	いいえ	
26	かんたんなことば(おいで・ちょうだいなど)がわかりますか。	はい	いいえ	
27	離乳食が完了し普通食が食べられますか。	はい	いいえ	(歳 月頃から)
28	牛乳を飲むことができますか。	はい	いいえ	
29	バイバイ、こんにちは等の身振りをしますか。	はい	いいえ	
30	「いけません」というと手を引っ込めますか。	はい	いいえ	
31	話をすると目が合いますか。	はい	いいえ	
★2歳以上のお子さんについては、以下もお答えください。(1歳児は終了です)				
32	スプーンを使って自分で食べますか。	はい	いいえ	
33	コップで飲み物を飲むことができますか。	はい	いいえ	
34	いろいろな音に反応を示しますか。	はい	いいえ	
35	単語を話しますか。	はい	いいえ	
36	簡単な2語分を話しますか。(ワンワンいたね。これちょうだい。ママきた。等)	はい	いいえ	
37	絵本をみて動物や物の名前を聞くと指さしますか。	はい	いいえ	
38	尿意を伝えることができますか。	はい	いいえ	(歳 月頃から)
39	便意を伝えることができますか。	はい	いいえ	(歳 月頃から)

★2歳以上のお子さんについては、以下もお答えください（このような行動をすることがありますか。）

40	意味も無く人をたたく	ない	ときどき	ひんぱんに	44	急に泣いたり、はしゃいだりする	ない	ときどき	ひんぱんに
41	噛み付く	ない	ときどき	ひんぱんに	45	理由なく奇声を発する	ない	ときどき	ひんぱんに
42	物を投げる	ない	ときどき	ひんぱんに	46	じっとしていることが難しい	ない	ときどき	ひんぱんに
43	落ち着かない	ない	ときどき	ひんぱんに	47	頭を器物に打ちつける	ない	ときどき	ひんぱんに

★3・4・5歳児以上のお子さんについては、以下もお答えください。（2歳児は終了です）

備考

48	一人で歩いたり走ったりできますか。	はい	いいえ	
49	階段を一人で上り下りできますか。	はい	いいえ	
50	両足でピョンピョン跳べますか。	はい	いいえ	
51	自分から話をしたりしますか。	はい	いいえ	
52	ほとんどの要求を言葉で表現しますか。	はい	いいえ	
53	自分の名前を聞かれたら答えますか。	はい	いいえ	
54	話しかけると目が合いますか。	はい	いいえ	
55	検診で言葉の遅れについて指摘を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
56	こぼさずスプーンで食べることができますか。	はい	いいえ	
57	箸をつかって食べられますか。	はい	いいえ	
58	自分の席で落ち着いて食べますか。	はい	いいえ	
59	偏食はありますか。	はい	いいえ	
60	友達といっしょに遊びますか。	はい	いいえ	
61	家の外で遊びたがりですか。	はい	いいえ	
62	危険なことや、物、場所がわかりますか。	はい	いいえ	
63	自分の要求がかなえられるまでがまんすることができますか。	はい	いいえ	
64	泥んこ等汚れることを嫌がりますか。	はい	いいえ	
65	うんちやおしっこを自分でできますか。	はい	いいえ	
66	靴はひとりで履きますか。	はい	いいえ	
67	簡単な衣服を脱いだり着たりしますか。	はい	いいえ	
68	ボタンをはめられますか。	はい	いいえ	

*面接者記入欄

アレルギー調査票

記入日 令和 年 月 日

お子様のアレルギーについて、お尋ねします。
当てはまる項目を選び、○で囲んでください。
その他に該当する場合は、()内に具体的な内容をご記入ください。

保護者名 _____

児童名 _____

H・R 年 月 日生まれ _____

性別 男 ・ 女 _____

問1 今まで、食物を食べてアレルギー反応を起こしたことがありますか。

1. ある 2. ない

(1. ある と回答された方は、問2以降もご回答ください。 2. ない と回答された方はこれで終了です。)

問2 そのことで、医師の診断を受けたことがありますか。

1. ある 2. ない

問3 医師の診断の結果、除去が必要と言われた食物はありますか。

1. ある 2. ない

問4 除去が必要と診断された食物は、何ですか。

- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------|---------|---------|
| 1-1. 鶏卵(加熱) | 1-2. 鶏卵(非加熱) | 2. 牛乳・乳製品 | 3. 小麦 | 4. そば |
| 5. ピーナッツ | 6. 大豆 | 7. ゴマ | 8. ナッツ類 | 9-1. えび |
| 9-2. かに | 10. その他() | | | |

問5 除去の指示がある食物を食べた時、どのような症状が出ましたか。

- | | | | | |
|----------|------------|---------|---------|-------|
| 1. 湿疹 | 2. 蕁麻疹 | 3. かゆみ | 4. 唇の腫れ | 5. 腹痛 |
| 6. 嘔吐・下痢 | 7. 鼻水 | 8. くしゃみ | 9. 咳 | |
| 10. 呼吸困難 | 11. その他() | | | |

問6 家庭での対応は、どのように行っていますか。(除去の方法など)

()

保育所等記入欄

世帯ID	児童名	生年月日	年 月 日	施設名
------	-----	------	-------	-----

就労状況証明書

川口市長 あて

【注意事項】よくお読みいただいた上で記入してください。(裏面の記入例もご確認ください。)

- ①太枠内の項目及び該当する口欄にチェック(✓)をしてください。
- ②事業所証明欄については、すべて事業所の代表者又は担当部署の方が記入してください。自営業の方を除き、本人が記入した場合は無効とします。
- ③黒ボールペン又はサインペンで記入してください。消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。
- ④修正液又は修正テープ等は使用しないでください。なお、記入内容を訂正する場合は、訂正箇所に二重線を引き、訂正印(社印又は担当者印)を押してください。
- ⑤事業所証明欄の内容について、本市から事業所に確認を行うことがありますので、ご了承ください。
- ⑥自営業の方は、直近の確定申告に係る確定申告書B第1表及び第2表控えの写しを添付してください。
- ⑦採用予定の方や、育児休業を取得又は復帰する場合も、この様式を使用してください。

提出目的(保護者記入)

- 保育所等利用申込(令和 年度)
- 保育所等転園申込(令和 年度)
- 幼児教育・保育無償化
- 保育所等在園児

■保護者記入欄

就労者氏名	生年月日	年 月 日	勤務先の代表者が親族である
就労者住所	〒		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

■事業所証明欄 (事業所代表者もしくは担当者以外の方が記入した箇所がある場合、無効となります)

採用年月日 (採用予定年月日)	年 月 日	現在の状況	<input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 採用予定 <input type="checkbox"/> 産前産後休業中 <input type="checkbox"/> 保育所等の利用開始後に採用予定 <input type="checkbox"/> 育児休業中 <input type="checkbox"/> その他()
雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 自営業(自宅内勤務) <input type="checkbox"/> 自営業(自宅外勤務) <input type="checkbox"/> その他()		
業務の内容			

契約上の労働状況

週あたり・月あたりの勤務形態(短時間勤務制度利用前の状況)

※短時間勤務制度を利用する前の勤務状況を記載してください。
※時間や日数が不明確(例:3~5日)等の場合は、最も少ない時間または日数で勤務しているとみなします。

① 定期的(1日のうちで勤務時間帯が決まっている)勤務である。

時間	時 分 ~ 時 分 (休憩時間を含む)
日数	1週間 日勤務 (又は1か月 日勤務)

② 不定期(シフト等で1日のうちで勤務時間帯が決まっていない)勤務である。
※休憩時間を含めた合計時間を記入(記載が難しい場合は直近3ヶ月分の平均を記入)

1週間 時間勤務 (又は1か月 時間勤務)

短時間勤務制度の利用 利用予定なし 利用中、あるいは復帰後に利用予定

短時間制度利用後の勤務状況

時間	時 分 ~ 時 分 (休憩時間を含む)
日数	1週間 日勤務 (又は1か月 日勤務)

勤務地住所等

〒

テレワークを月の勤務日数の半分以上行う場合は、チェックしてください

単身赴任中 年 月 日 ~ 年 月 日 終了日未定

勤務実績

直近4か月の有給休暇を除いた勤務実績について、1か月あたりの勤務日数又は勤務時間を記入してください。
育児等で休業中の方は、休業開始前の直近4か月の勤務実績を記入してください。

年 月	年 月	年 月	年 月
日又は 時間	日又は 時間	日又は 時間	日又は 時間

休職期間

産前産後休業: 年 月 日 ~ 年 月 日

育児休業: 年 月 日 ~ 年 月 日

その他休業() : 年 月 日 ~ 年 月 日

上記内容に相違ないことを証明します。※社印の押印や証明書記入日の記載が無い場合、本証明書は無効となりますのでご注意ください。

事業所所在地: _____ 証明書記入日: 令和 年 月 日

事業所名称: _____ 担当者氏名: _____

代表者氏名: _____ 電話番号: _____

印

記入例

就労状況証明書

- ・事業所証明欄は、すべて代表者又は担当部署の方が記入してください。
(自営業の方はすべて本人が記入してください。)
- ・訂正をする場合は、必ず訂正印(社印又は担当者印)を押印してください。
(二重線のみや修正テープ等は不可)
- ・記入漏れのないよう、必ずご確認ください。

提出目的(保護者記入)

- 保育所等利用申込(令和3年度)
- 保育所等転園申込(令和 年度)
- 幼児教育・保育無償化
- 保育所等在園児

【問い合わせ先】 川口市役所保育幼稚園課 電話:048-259-9043

該当するもの全てにチェックをつけてください。

■保護者記入欄

就労者氏名	川口 太郎	生	平成 25 年 4 月 10 日	勤務先の代表者が親族である
就労者住所	〒 332-0032 川口市中青木〇-〇			<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ

■事業所証明欄

(事業所代表者もしくは担当者以外の方が記入した箇所がある場合、無効となります)

採用年月日 (採用予定年月日)	平成25年 4 月 1 日 <input type="checkbox"/> 保育所等の利用開始後に採用予定	現在の状況	<input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 採用 <input checked="" type="checkbox"/> 育児休業中 <input type="checkbox"/> その他	代表者が親族(父母からみて3親等以内)の場合は「ある」に○を、親族以外の方が代表者の場合は「ない」に○をつけてください。(代表者本人の場合は「ない」に○をつけてください。)
雇用形態	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 自営業(自宅) <input type="checkbox"/> 自営業(自宅外勤務) <input type="checkbox"/> その他			
業務の内容	営業職			
契約上の労働状況	① 定期的(1日のうちで勤務時間帯が決まっている)勤務である。 ※短時間勤務制度を利用する前の勤務状況 ※時間や日数が不明確(例:3~5日)等の場合は、1週間あたりを記入してください。			
	① 又は	時間	9 時 00 分 ~ 18 時 00 分 (休憩時間を含む)	休憩時間を含めた1日の拘束時間を記入してください。勤務日数も必ず記入してください。
		日数	1週間 5 日勤務 (又は1か月)	「1週間あたり」か「1か月あたり」のどちらかを記入してください
	② 不定期(シフト等で1日のうちで勤務時間帯が決まっていない)勤務である。 ※休憩時間を含めた合計時間を記入(記載が難しい場合は直近3ヶ月分の平均を記入してください)。			
		1週間	時間勤務 (又は1か月)	時間勤務
	短時間勤務制度の利用 <input type="checkbox"/> 利用予定なし <input checked="" type="checkbox"/> 利用中、あるいは復帰後、利用予定あり			
短時間勤務制度の利用状況	短時間制度利用後の勤務状況			
		時間	9 時 30 分 ~ 17 時 0 分 (休憩時間を含む)	現在の通勤先の住所を記入してください。また、会社にて単身赴任であると判断している場合は、期間を記入してください。
		日数	1週間 5	月の勤務日数の半分以上を在宅での勤務とする場合は、チェックをいれてください。 ※「緊急事態宣言中のみテレワークを行い、解除後は通常勤務」場合など、一時的なテレワークを行っている場合は、チェック不要です。
勤務地住所等	〒332-0031 川口市青木●-●			<input type="checkbox"/> テレワークを月の勤務日数の半分以上行う場合は、チェックしてください
勤務実績	直近4か月の勤務実績について、1か月あたりの勤務日数又は勤務時間 育児等で休業中の方は、休業開始前の直近4か月の勤務実績を記入してください。			
	令和1年 11 月	令和1年 10 月	令和	・勤務日数又は時間のどちらか一方を記入してください。 ・採用予定の場合や、採用して間もない場合で実績が無い場合、記入は不要です。 ・採用後4ヶ月以上の実績がある場合は必ず4か月分の実績を記入してください。 ・有給休暇を含めずに記入してください。
	21 日又は 時間	23 日又は 時間	21	
休職期間	産前産後休業	令和1年 12 月 25 日	~	
	育児休業	令和2年 4 月 7 日	~	
	その他休業			
				産休又は育休以外の理由の休業があったかたのみ、「その他の休業」を記入してください。
上記内容に相違ないことを証明します。※社印の押印や証明書の提出は無効となりますのでご注意ください。				
事業所所在地	東京都 〇〇区 〇〇町 〇-〇-〇	証明書記入日	令和 3 年 5 月 25 日	
事業所名称	〇〇〇〇株式会社	担当者氏名	前川 三太郎	
代表者氏名	埼玉 次郎	電話番号	〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
職員記入欄	園・FAX・来庁(父・母・他())・郵送	転職・育休(入・復)・他()	受付	

社印を必ず押してください