

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施設に提出

※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 就労証明書（下記「就労証明書について」に該当する場合のみ提出）

※面接時には、母子健康手帳も御持参ください。

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上、提出してください。

就労証明書について

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日までに復帰した上で、「就労証明書」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、退所していただきます。あらかじめ御了承ください。

※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。

育児休業復帰後の上のお子さんの教育・保育給付認定変更について

上のお子さんが現在入所中で、下のお子さんの育児休業を取得している場合、下のお子さんの保育所等の利用開始月の翌月15日までに復帰（就労）していただくことに併せて、上のお子さんの教育・保育給付認定を変更する（下のお子さんの認定内容に合わせる）手続きが必要になります。

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
						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 ()	
同居していない 祖父母の状況	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 土曜日 時 分 ～ 時 分				☐ 保育標準時間 ☐ 保育短時間 ☐ 育児休業(月 日まで) 備考	
	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 か た 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 → あると答えたかたは下記も記入 なし			
	具体的な症状					
	☆気管支喘息はありますか。		ある → あると答えたかたは下記も記入 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 → あると答えたかたは下記も記入 なし			
	具体的な症状					
	☆アレルギー性鼻炎はありますか。		ある → あると答えたかたは下記も記入 なし			
	具体的な症状					
病 歴 等	☆熱性けいれんはありますか。		ある → あると答えたかたは下記も記入 なし			
	初回発生時		年 月			
	直近発生時		年 月			
	具体的な症状					
	☆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 → あると答えたかたは下記も記入 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 → あると答えたかたは下記も記入 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 地域保健センター その他（ ）			
☆身体障害者手帳・療育手帳の有無 ある（ 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ください。

*発達の状況（下記の質問）は、あくまでも年齢に応じたためです。

★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	
	あると答えたかた⇒・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	
	あると答えたかた⇒・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	落ち着きがない	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： 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： _____ 年 月 日生まれ _____ 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
(1. あると回答された方は、問3をご回答ください。)

問3-1 除去が必要と診断された食物は、何ですか。
1. 鶏卵 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. 甲殻類 10. 軟体類・貝類
11. 魚卵 12. 魚類 13. 肉類 14. 果物類
15. その他()

問3-2 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3-3 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)
()

問4 食物アレルギーに関して、内服薬がありますか。

- 1.ある 2.ない

問4-1 (1.あると回答した方に伺います。) 薬名・与薬方法をご記入ください。

1. 薬名 ()
2. 与薬方法 ()

問5 アナフィラキシーショック症状を起こしたことがありますか。

(アナフィラキシーショックとは、原因食物を食べて間もなく、呼吸困難・
 血圧低下・顔面蒼白など、命に関わるような症状が現れることを指します。)

- 1.ある 2.ない

問5-1 (1.あると回答した方に伺います。)

アナフィラキシーショックの原因食物は何ですか。

1. 鶏卵 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. 甲殻類 10. 軟体類・貝類
11. 魚卵 12. 魚類 13. 肉類 14. 果物類
15. その他()

問5-2 (1.あると回答した方に伺います。)

アナフィラキシーショックの既往歴を教えてください。

1. 今までに起こした回数 () 回
2. 最後の発症年月 (年 月)
3. 発症時の具体的な症状 ()
4. 医師からの指示内容 ()

以上で終了です。

就労証明書

川口市長

宛

証明日	西暦	年	月	日
事業所名				
代表者名				
所在地				
電話番号	—		—	
担当者名				
記載者連絡先	—		—	

下記の内容について、事実であることを証明いたします。

※本証明書の内容について、就労先事業者等に無断で作成し又は改変を行ったときには、刑法上の罪に問われる場合があります。

No.	項目	記載欄
1	業種	☐ 農業・林業 ☐ 漁業 ☐ 鉱業・採石業・砂利採取業 ☐ 建設業 ☐ 製造業 ☐ 電気・ガス・熱供給・水道業 ☐ 情報通信業 ☐ 運輸業・郵便業 ☐ 卸売業・小売業 ☐ 金融業・保険業 ☐ 不動産業・物品賃貸業 ☐ 学術研究・専門・技術サービス ☐ 宿泊業・飲食サービス業 ☐ 生活関連サービス業・娯楽業 ☐ 医療・福祉 ☐ 教育・学習支援業 ☐ 複合サービス事業 ☐ 公務 ☐ その他()
2	フリガナ	
	本人氏名	生年月日 年 月 日
3	雇用(予定)期間等	☐ 無期 ☐ 有期 期間 (無期の場合は雇用開始日のみ) 年 月 日 ~ 年 月 日
4	本人就労先事業所	名称 住所
5	雇用の形態	☐ 正社員 ☐ パート・アルバイト ☐ 派遣社員 ☐ 契約社員 ☐ 会計年度任用職員 ☐ 非常勤・臨時職員 ☐ 役員 ☐ 自営業主 ☐ 自営業専従者 ☐ 家族従業者 ☐ 内職 ☐ 業務委託 ☐ その他()
6	就労時間 (固定就労の場合)	月 火 水 木 金 土 日 祝日 合計時間 月間 時間 分 (うち休憩時間 分) 一月当たりの就労日数 月間 日 一週当たりの就労日数 週間 日 平日 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分) 土曜 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分) 日祝 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分)
	就労時間 (変則就労の場合)	合計時間 ☐ 月間 ☐ 週間 時間 分 (うち休憩時間 分) 就労日数 ☐ 月間 ☐ 週間 日 主な就労時間帯・シフト時間帯 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分)
7	就労実績 ※日数に有給休暇を含み、 時間数に休憩・残業時間を含む	年月 年 月 年月 年 月 年月 年 月 日/月 時間/月 日/月 時間/月 日/月 時間/月
8	産前・産後休業の取得 ※取得予定を含む	☐ 取得予定 ☐ 取得中 期間 年 月 日 ~ 年 月 日
9	育児休業の取得 ※取得予定を含む	☐ 取得予定 ☐ 取得中 ☐ 取得済み 期間 年 月 日 ~ 年 月 日
10	産休・育休以外の休業の 取得	☐ 取得予定 ☐ 取得中 ☐ 取得済み 理由 ☐ 介護休業 ☐ 病休 ☐ その他() 期間 年 月 日 ~ 年 月 日
11	復職(予定)年月日	☐ 復職予定 ☐ 復職済み 年 月 日
12	育児のための短時間 勤務制度利用有無 ※取得予定を含む	☐ 取得予定 ☐ 取得中 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 主な就労時間帯・シフト時間帯 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分)
13	保育士等としての勤務実 態の有無	☐ 有 ☐ 有(予定) ☐ 無
14	(雇用契約の)満了後の 更新の有無	☐ 有 ☐ 有(予定) ☐ 無 ☐ 未定
15	入所内定時育休短縮可否	☐ 可 ☐ 可(予定) ☐ 否
16	育休延長可否	☐ 可 ☐ 可(予定) ☐ 否
17	単身赴任期間(予定含む)	年 月 日 ~ 年 月 日
18	備考欄	
19	保護者記載欄	児童名 生年月日 施設名 ☐ 利用中 ☐ 申込中(第一希望) 児童名 生年月日 施設名 ☐ 利用中 ☐ 申込中(第一希望) 児童名 生年月日 施設名 ☐ 利用中 ☐ 申込中(第一希望)

【就労証明書】記載要領 ※抜粋



2次元コードから書き方の見本ページにアクセスできます。
また、Excel版就労証明書のダウンロード、記載要領全文の確認が可能です。

※年の欄は西暦で記載してください。		
No.4	本人就労先事業所	○右上欄に記載の事業所名（証明書発行事業所名）及び所在地（証明書発行事業所住所）と異なる場合は、本人が実際に働いている事業所の名称及び勤務先の住所を記載してください。 ○実際に働いている就労場所が複数存在する場合は、主たる就労先の住所を記載するようにしてください。
No.6	就労時間	○雇用契約に基づく就労時間であり、実際に就労した時間（実績）ではありません。 ん。育児短時間勤務制度を利用している場合でも、制度利用前の就労時間数を記載してください。 ○雇用契約上の就労時間であるため、残業時間は除いてください。 ○休憩時間（就業規則等で定められている休憩に限る。）は含めてください。 また、就業規則等で定められている休憩時間の月間の合計時間数についても記載してください。 ○変則就労の場合は、主な就労時間帯・シフト時間帯について、最も可能性の高い（勤務回数の多い）時間帯を記載してください。
No.7	就労実績 ※日数に有給休暇を含み時間数に休憩・残業時間を含む	○直近3か月の1か月当たりの就労日数、就労時間数について記載してください。 なお、育児休業等により直近3ヶ月において1月分の就労実績がない場合は、育児休業等取得前の（産休・育休等取得月を除いた）就労実績を記載してください。 新規採用等で就労実績がない場合は今後の就労見込みを記載してください。 ○有給休暇の取得日は就労日数に含めてください。 ○残業時間は就労時間数に含めてください。 ○休憩時間（就業規則等で定められている休憩時間に限る。）は就労時間数に含めてください。 ○育児短時間勤務制度等を利用している場合は、それらの制度利用の上での勤務実績（実際に当該月に勤務した実績）を記載してください。
No.8～10	産前・産後休業の取得 育児休業の取得 産休・育休以外の休業の取得 ※取得予定を含む	○取得中の休業について「☐取得予定」か「☐取得中」にチェック（レ点記入）してください。 ○法令上の産前・産後休業や育児休業、又はそれ以外の休業に限らず法人独自の就業規則等に基づいた休業も含みます。 ○終了日が確定していない場合でも終了予定日を記載するようにしてください。 ○複数該当する場合は、証明日の状況に一番近いものを記載し、その他は備考欄に記載してください（例：取得予定又は取得中で、過去に取得した実績もある場合は、取得予定又は取得中の休業について記載し、過去取得分を備考欄に記載する）。
No.11	復職（予定）年月日	○証明書発行事業所において取得中（又は取得予定）の育児休業等を終了し、復職する予定がある場合は「☐復職予定」にチェック（レ点記入）し、復職予定年月日を記載してください。また、1年以内に証明書発行事業所において取得した育児休業等から復職済みの場合は「☐復職済み」にチェック（レ点記入）し、復職年月日を記載してください。
No.12	育児のための短時間勤務制度利用有無 ※取得予定を含む	○育児のための短時間勤務制度の利用により、就業規則上の通常の就労時間（No.6に記載の時間）より短い就労時間（就業規則上の特則等いわゆる時短勤務）とする予定である又はしている場合について、「☐取得予定」か「☐取得中」かにチェック（レ点記入）してください。 ○当該短時間勤務制度の利用（予定）期間及び当該短時間勤務制度利用時の主な就労時間帯（勤務体制変更後の就労時間帯）について記載してください。 ○No.6には短時間勤務制度利用前の就労時間帯、No.12には短時間勤務制度利用後の就労時間帯を記載してください。
No.18	備考欄	○No.9の育児休業及びNo.10の産休・育休以外の休業の取得実績等について追加記載が必要な場合は、この欄に記載してください。 ○その他特記事項があれば、この欄に記載してください。