|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記載者 |  | 記載日 | 年　 月　　日 |

**家庭情報シート**

このシートは寝屋川市子育て世帯訪問支援事業の受託事業者と共有します。

記載がない部分がある場合は、寝屋川市が訪問や電話で聞き取りをさせていただきます。

１　訪問先（妊娠期の支援は妊婦の氏名。出産後は対象となる乳児を養育している方で、訪問時在宅している方１名）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 住所 | 寝屋川市（建物名：　　　　　　　　　　　　　　　） | 電話番号 |  |

２　緊急連絡先になる方

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | （１の方との続柄：　　　　　） | 住所 | □　同上□　別世帯（　　　　　　市　　　　　　　町）　　　　　　　 | 電話番号 |  |

３　家族構成（同居している方全員記載ください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名（フリガナ）　　 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 仕事・学校・保育所等 | アレルギー |
| （　　　　　　　　） | 　 | 女・男 | 　　　年　　月　　　日 |  | なし・あり（　　　　　　　） |
| （　　　　　 　　）　　　　　　 |  | 女・男 | 　　　年　　月　　　日 |  | なし・あり（　　　　　　　） |
| （　　　　　 　）　　　　　　 |  | 女・男 | 　　　年　　月　　　日 |  | なし・あり（　　　　　　　） |
| 　　　　　　　　　　　　　（　 　　）　　　　　　 |  | 女・男 | 　　　年　　月　　　日 |  | なし・あり（　　　　　　　） |
| （　 　　）　　　　　　 |  | 女・男 | 　　　年　　月　　　日 |  | なし・あり（　　　　　　　） |

ペットの有無：なし・あり（種類：　　　　　、数：　　匹）（種類：　　　　　、数：　　匹）

４　親族からのサポートが難しい理由（「続柄」は、妊娠期の場合は胎児、出生後は対象児からの続柄）

|  |  |
| --- | --- |
| 続柄 | 理由（該当するものに**☑**してください） |
| 父方祖父 | □ 遠方(住所：　　　　　都道府県)　　　　 | □ 仕事 | □ 体調不良 | □ 要介護 | □ 高齢 | □ 死去 | □ 疎遠　 |
| 父方祖母 | □ 遠方(住所：　　　　　都道府県)　　　　 | □ 仕事 | □ 体調不良 | □ 要介護 | □ 高齢 | □ 死去 | □ 疎遠　 |
| 母方祖父 | □ 遠方(住所：　　　　　都道府県)　　　　 | □ 仕事 | □ 体調不良 | □ 要介護 | □ 高齢 | □ 死去 | □ 疎遠　 |
| 母方祖母 | □ 遠方(住所：　　　　　都道府県)　　　　 | □ 仕事 | □ 体調不良 | □ 要介護 | □ 高齢 | □ 死去 | □ 疎遠　 |

５　育児、養育支援、家事支援で希望すること

**注意：内容のすべてを承諾するものではありませんので、ご了承のうえ記載してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 内容 |
| 希望する曜日や時間帯 |  |
| 育児・養育支援希望すること、配慮してほしいこと |  |
| 家事支援希望すること、配慮してほしいこと |  |

６　1から５以外で事業者が訪問するにあたり伝えてほしいこと

|  |  |
| --- | --- |
| 駐車等のスペース | □ なし　　　□ あり（□ 自転車　□ バイク　□ 自動車） |
| その他（ある場合のみ記載） |  |