

児 童 状 況 書

記入日 令和 年 月 日

※母子手帳などを参考に、該当箇所にご記入ください。

フリガナ				性別	□ 男 □ 女		生年月日	□平成 年 月 日			第 子			
児童氏名								□令和						
保育状況			□預けていない（自宅保育）	□母 □父 □祖父母 □その他（ ）										
			□預けている	□親族 □祖父母 □その他（ ）										
				□施設名称（ ）（ 年 月）より（週 日） 利用時間（ 時 分 ～ 時 分）										
			□その他											
出生時の状況				□特になし □医療的処置を必要とした □その他（ ）										
				身長	cm	体重	g	頭囲	cm	胸囲	cm			
健康状況または身体面の状況	1	慢性的な疾患等のため定期的に通院している	□いいえ □はい（☑はいの場合は以下を記入）											
			病名											
			具体的な症状											
			通院先											
			通院開始時期	年 月～										
			通院頻度	□月 □週 □回 □その他（ ）										
			処方薬											
	2	過去に大きな病気に罹ったり怪我をしたことがある	□いいえ □はい（☑はいの場合は以下を記入）											
			病名											
			具体的な症状											
			発症時期	歳 か月										
	3	けいれんやひきつけを起こしたことがある	□いいえ □はい（☑はいの場合は以下を記入）											
			発症内容	□熱性（ ）℃ □無熱性 □てんかん □その他（ ）										
			初回発症時期	歳 か月										
			発症回数	回										
			抗けいれん剤の使用	□なし □あり										
	4	アレルギー診断がある ※家庭的保育事業・小規模保育事業・事業所内保育事業でのアレルギー食への対応の可否については、各施設によります。詳細については各施設へお問い合わせください。	□検査していないため不明 □いいえ □はい（☑はいの場合は以下を記入）											
			アレルギーの種類	□食物 □アトピー □その他（ ）										
			発症時期	歳 か月										
			発症時の状況・症状											
			アナフィラキシー症状	□なし □あり										
			処方されているもの	□なし □処方薬 □エビペン										
			除去している食品等	□なし □卵 □乳 □小麦 □えび □大豆 □かに □そば □落花生 □その他（ ）										
			調味料やだし、微量混入の除去	□なし □あり										
医師の助言・指示等			□なし □あり（☑ありの場合は以下を記入）											
			助言・指示											
出生時の状況及び前記1～4の状況について、集団生活する上で医師からの指示や配慮等がある			□いいえ □はい（☑はいの場合は以下を記入）											
			指示・配慮等											

