

児 童 状 況 書

記入日 令和 年 月 日

◇下記事項を確認しましたらご署名をお願いします。

- ・この書類は、保育施設利用申込の添付書類として、子ども育成課及び入所する保育施設で使用します。
 ・事実と異なる記載があるときは、保育の利用を取り消す場合がありますのでご注意ください。
 ・入所が決定した後であっても、児童の健康状況や発達状況、記載のない疾患などから判断したときは入所できない場合があります。
 ・児童の状況によっては、医師・専門機関の診断書などを別途提出した状況の場合があります。
 ・本書に記載の医療機関や保育施設等に対して、保育施設及び市が児童の状況について聞き取りを行う場合があります。

保護者氏名

※母子手帳などを参考に、該当箇所に☑または記入をしてください。

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 □エピペン								
			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								
			上記について、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											

健 診 状 況	1か月児健診		☐ 健康 ☐ 要観察 ☐ 未受診				9～10か月児健診		☐ 健康 ☐ 要観察 ☐ 未受診			
			身長	cm	体重	g			身長	cm	体重	g
	3～4か月児健診		☐ 健康 ☐ 要観察 ☐ 未受診				1歳6か月児健診		☐ 健康 ☐ 要観察 ☐ 未受診			
			身長	cm	体重	g			身長	cm	体重	kg
6～7か月児健診		☐ 健康 ☐ 要観察 ☐ 未受診				3歳児健診		☐ 健康 ☐ 要観察 ☐ 未受診				
		身長	cm	体重	g			身長	cm	体重	kg	
要観察の具体的な内容と指摘された時期												
発 達 の 状 況	設問1～8はすべてご回答ください											
	1	身体障害者手帳・愛の手帳を持っていますか？	☐ いいえ ☐ はい（☑はいの場合は以下を記入）									
			手帳名						級・度			
			※手帳の写しを添付してください。 ※障害児保育をご希望の場合は、入所申込前に子ども育成課へご相談ください。									
	2	発達や言葉のことで、病院や保健センター、その他の施設に通院や通所（療育）、相談をしていますか？	☐ いいえ ☐ はい（☑はいの場合は以下を記入）									
			病院・施設名									
			相談内容・診断名									
			通う頻度									
			通い始め時期									
	3	首がすわったのはいつ頃ですか？		☐ まだ ☐ か月頃								
	4	歩き始め（一人歩き）はいつ頃ですか？		☐ まだ ☐ 歳 か月頃								
	5	簡単な指示（おいで・まってね・だめよ等）を理解できますか？		☐ はい ☐ いいえ								
	6	人に触られることや音を嫌がることがありますか？		☐ はい ☐ いいえ								
	7	なかなか寝ない、短い時間で起きるなど睡眠で困ったことがありますか？		☐ はい ☐ いいえ								
	8	目（視線）を合わせますか？		☐ よく合う ☐ 合いにくい								
	設問9～11は0歳児・1歳児の児童の場合にご回答ください											
	9	声をかけるとそちらのほうを見ようとしますか？		☐ はい ☐ いいえ								
	10	普段一緒にいる人が見えなくなったときに探したり泣いたりしますか？		☐ はい ☐ いいえ								
	11	指さして意思を伝えようとしますか？		☐ はい ☐ いいえ								
	設問12～16は2歳児以上の児童の場合にご回答ください											
12	意味のある単語（ママ・ワンワン等）を話し始めたのはいつ頃ですか？		☐ まだ ☐ 歳 か月頃									
13	友達に興味を持ったたり、関わろうとしますか？		☐ はい ☐ いいえ									
14	突然、理由なく、ただいたり、かみついたり奇声をあげたりしますか？		☐ はい ☐ いいえ									
15	特定のものとくにこだわるがありますか？ （数字・図形・遊び・食べ物の偏りなど）		☐ はい ☐ いいえ									
16	あちこちに興味が移りよく動き回りますか？		☐ はい ☐ いいえ									
*現在のお子さんの健康状況や発達状況について気になることや、集団生活する上で配慮を要することがあればご記入ください。												