

児 童 状 況 書

記入日                      令和                      年                      月                      日

- ・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。
- ・入所が定いた後であっても、児童の健康状況や発達状況、記載のない疾患などの判明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ていただく場合があります。
- ・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。

◇左記事項を確認しましたらご署名をお願いします。

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 | 令和   年   月   日 |    |    | 第   子 |  |  |
| 児童氏名             |                               |                                                                                                 |                                         |                                                                 |           |    |      |                |    |    |       |  |  |
| 保<br>育<br>状<br>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）<br>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<br><br>※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   □エビベン                                              |           |    |      |                |    |    |       |  |  |
|                  |                               |                                                                                                 | 除去している食品等                               | □なし   □卵   □乳   □小麦   □えび   □大豆<br>□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                                                     |                                                 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診 |    |    |   | 9～10か月児健診                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診 |    |     |    |
|                    |                                                            |                                                 | 身長                                                                                    | cm | 体重 | g |                                                                                                            |  | 身長                                                                                    | cm | 体重  | g  |
|                    | 3～4か月児健診                                                   |                                                 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診 |    |    |   | 1歳6か月児健診                                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診 |    |     |    |
|                    |                                                            |                                                 | 身長                                                                                    | cm | 体重 | g |                                                                                                            |  | 身長                                                                                    | cm | 体重  | kg |
|                    | 6～7か月児健診                                                   |                                                 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診 |    |    |   | 3歳児健診                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 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？                           |                                                                                       |    |    |   | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ <input checked="" type="checkbox"/> 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。<br>※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？ |                                                                                       |    |    |   | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ <input checked="" type="checkbox"/> 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？                                 |                                                                                       |    |    |   | <input type="checkbox"/> まだ <input type="checkbox"/> か月頃                                                   |  |                                                                                       |    |     |    |
|                    | 4                                                          | 歩き始め（一人歩き）はいつ頃ですか？                              |                                                                                       |    |    |   | <input type="checkbox"/> まだ <input type="checkbox"/> 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？                   |                                                                                       |    |    |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？                         |                                                                                       |    |    |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？               |                                                                                       |    |    |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                   |  |                                                                                       |    |     |    |
|                    | 8                                                          | 目（視線）を合わせますか？                                   |                                                                                       |    |    |   | <input type="checkbox"/> よく合う <input type="checkbox"/> 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ていますか？                        |                                                                                       |    |    |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？                |                                                                                       |    |    |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                   |  |                                                                                       |    |     |    |
|                    | 11                                                         | 指さして意思を伝えようとしていますか？                             |                                                                                       |    |    |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？                |                                                                                       |    |    |   | <input type="checkbox"/> まだ <input type="checkbox"/> 歳    か月頃                                              |  |                                                                                       |    |     |    |
|                    | 13                                                         | 友達に興味を持ったり、関わろうとしますか？                           |                                                                                       |    |    |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                   |  |                                                                                       |    |     |    |
|                    | 14                                                         | 突然、理由なく、たたいたり、かみついたり奇声をあげたりしますか？                |                                                                                       |    |    |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                   |  |                                                                                       |    |     |    |
|                    | 15                                                         | 特定のものごとにこだわるがありますか？<br>（数字・図形・遊び・食べ物などの偏りなど）    |                                                                                       |    |    |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                   |  |                                                                                       |    |     |    |
|                    | 16                                                         | あちこちに興味が移りよく動き回りますか？                            |                                                                                       |    |    |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 |                                                 |                                                                                       |    |    |   |                                                                                                            |  |                                                                                       |    |     |    |
|                    |                                                            |                                                 |                                                                                       |    |    |   |                                                                                                            |  |                                                                                       |    |     |    |