

お子さん1人につき1枚ずつ記入してください。

児童状況票

記入日(令和 年 月 日)

【お子さんの健康に関する重要な内容ですので、記入漏れや間違いのないよう、ご確認ください。】

※下記の質問事項にお答えください。該当するものを チェックしてください。

ふりがな 児童氏名	生年月日 年 月 日生	第1希望園名
ふりがな 記入者氏名	(児童との続柄:)	
妊娠期間	妊娠()週で出産	
出生時の状態	<input type="checkbox"/> 特別な所見、処置なし <input type="checkbox"/> 早産()週 <input type="checkbox"/> 保育器()日 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 酸素使用()日 <input type="checkbox"/> その他()	
出生時	体重 g	現在 体重 g
	身長 cm	身長 cm
児童の健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱い(ぜんそく・熱性けいれん・その他)	
発達の状況	次の項目はそれぞれいつころからですか。 ・首がすわる()か月 ・あやすと笑う()か月 ・寝返り()か月 ・お座り()か月 ・はう()か月 ・つかまり立ち()か月 ・歩く()か月 ・おむつがはずれる()か月 話しはじめはいつからですか。(例: ママ・ブーブーなど) (才 か月頃) お話ができますか。 <small>なんご</small> <input type="checkbox"/> 喃語(アーアー程度) <input type="checkbox"/> 単語程度 <input type="checkbox"/> 2語文 <input type="checkbox"/> 会話のやりとりができる	
障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有[障害者手帳(級)] <input type="checkbox"/> 無	
療育手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有[療育手帳()] <input type="checkbox"/> 無	
アレルギーについて	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 離乳食前や離乳食であるため不明 <input type="checkbox"/> あり 食べ物(食品名:) その他() 《ご注意》 ・保育所等では、アレルギーの原因となる食材料を取り除いた除去食や代替食を可能な範囲で行っています。 ・利用承認後に実施する保育所等での説明会にて、食物アレルギー給食の開始に伴う必要書類(主治医の指示書等)について説明がありますので、お子様に食物アレルギーがある場合は、説明会時にお申し出ください。	
病気について (治療や通院など)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 傷病名() 主な医療機関() 主治医・かかりつけ医() 通院状況(年・ か月・ 週)に(回) ありにチェックを入れられた方にお伺いします。入園後に、園で必要な医療がありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 必要な医療に○をつけてください。 [人工呼吸器・喀痰吸引・在宅酸素・気管切開・胃ろう 経鼻経管栄養・ペースメーカー・導尿・IVH] その他、必要な医療等があれば書いてください。	

(裏面につづく)

乳幼児健診について	<p>受診したものを選択してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 乳児(生後3~4か月) <input type="checkbox"/> 1歳6か月児 <input type="checkbox"/> 3歳児</p> <hr/> <p>健診の結果で気になる点がありましたか。</p> <p><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;"> <p>指導内容:</p> </div>
健康や発達上の 相談・通所の有無など	<p>健康や発達上で相談や通所をしていますか。</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p> <hr/> <p>ありの場合、どこへ相談や通所をしていますか。</p> <p><input type="checkbox"/> 市保健師など (内容:)</p> <p><input type="checkbox"/> 療育機関 (機関名:) (内容:)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (機関名:) (内容:)</p>
現在の保育状況	<p><input type="checkbox"/> 自宅保育 (保育している人:)</p> <p><input type="checkbox"/> 他人保育 (保育している人:)</p> <p><input type="checkbox"/> 保育施設 (施設名:)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>
<p>その他気になることや、集団生活で注意が必要なことはありますか。</p>	
<p>【市記入欄】</p>	

※お子さんの状況によっては、かかりつけの医師からの診察情報や所見を文書で提出していただくことがあります。