

# 児童状況票

お子さん1人につき1枚ずつ記入してください。

記入日: 令和 年 月 日

■下記の質問事項にお答えください。該当するものは全て☑してください。

ふりがな 児童氏名	.....	生 年 月 日	平成・令和 年 月 日	ふりがな 記入者氏名	.....	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 <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( )					
体重・身長	出生時	体重:( )g 身長:( )cm	現 在	体重:( )kg 身長:( )cm		
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( ))					
発達状況 ※[ ]内は全て目安です。	<input type="checkbox"/> 首がすわる[3~4ヶ月] ( )ヶ月頃 <input type="checkbox"/> はう[7~9ヶ月] ( )ヶ月頃 <input type="checkbox"/> あやすと笑う[3~4ヶ月] ( )ヶ月頃 <input type="checkbox"/> つかまり立ち[9~10ヶ月] ( )ヶ月頃 <input type="checkbox"/> 寝返り[5~6ヶ月] ( )ヶ月頃 <input type="checkbox"/> 歩く[1~1歳2ヶ月] ( )歳( )ヵ月頃 <input type="checkbox"/> お座り[7~8ヶ月] ( )ヶ月頃 <input type="checkbox"/> おむつがはずれる ( )歳( )ヵ月頃					
	話しはじめはいつからですか。		( )才 ( )ヵ月頃) 例: ママ・ブーブーなど			
	お話ができますか。		<input type="checkbox"/> 喃語(なんご)「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			
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり(下の欄も記入してください。) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 離乳食前や離乳食であるため不明 食べ物(食品名: ) その他( ) 《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、食物アレルギー除去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 (治療・通院)	<input type="checkbox"/> あり(下の欄も記入してください。) <input type="checkbox"/> なし 疾病名( ) 医療機関①( ) 医療機関②( ) 通院状況①( 年・ ヶ月・ 週)に( 回) 通院状況②( 年・ ヶ月・ 週)に( 回) 上記でありに☑をされた方にお伺いします。入園後に保育園で必要な医療がありますか。 <input type="checkbox"/> あり(必要な医療に○をつけてください。) <input type="checkbox"/> なし 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、必要な医療等がありましたら記入してください。					
乳幼児健診	受診済みの健診	<input type="checkbox"/> 乳児(生後3~4ヶ月) <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月児 <input type="checkbox"/> 3歳児				
	結果等で気になる点がありましたか。	<input type="checkbox"/> あり(下の欄も記入してください。) <input type="checkbox"/> なし 気になる点について記入してください。				
健康・発達 (相談・通所)	どちらかに相談や通所をしていますか。		<input type="checkbox"/> あり(下の欄も記入してください。) <input type="checkbox"/> なし			
	ありの場合、どこへ相談や通所をしていますか。 <input type="checkbox"/> 市保健師など(内容: ) <input type="checkbox"/> その他(機関名: ) <input type="checkbox"/> 療育センター(内容: ) (内容: )					
保 育 状 況 ( 現 在 )	<input type="checkbox"/> 自宅保育(①続柄: )(②続柄: ) <input type="checkbox"/> 他人保育(続柄: ) <input type="checkbox"/> 保育施設(施設: ) <input type="checkbox"/> その他( )					
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。(自由記述)						
市 記 入 欄	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 特記事項あり(下記のとおり)					

※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。