

児童状況票

- 母子手帳を参考に、該当箇所に○または記入をしてください。（面談当日は母子手帳をご持参ください）
○兄弟での申込みの際は、お手数ですがお一人ずつ作成をお願いします。

【記入日：令和 年 月 日】

フリガナ		愛称 呼び名	(第 子)
児童名			
生年月日	年 月 日 性別()		

本事業の対象となることであることにに関する同意事項	<input type="checkbox"/> 本事業は、保育所、認定こども園、地域型保育事業、企業主導型保育施設等に通っている児童は対象外です。以上の内容を理解したうえで、本事業を利用することについて、同意します。
---------------------------	---

出生時の状況	週数	妊娠 週	病歴	突発性発疹	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	分娩	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 假死		水ぼうそう	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> その他：		はしか	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	体重	g		風疹	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	身長	cm		おたふく	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	胸囲	cm		RSウイルス	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	頭囲	cm		その他	()	
	現在	体重 Kg		かかりやすい病気等	()	
	身長	cm				
	乳児健診	3~4ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 濟 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未		ヒブ	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 3回
	6~7ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 濟 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未		<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 追加		
	9~10ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 濟 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未	肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 3回		
	1歳6ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 濟 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未		<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 追加		
	3歳児健診 <input type="checkbox"/> 濟 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 3回		
発育状況	首すわり <input type="checkbox"/> ケ月頃～ <input type="checkbox"/> 未		<input type="checkbox"/> 2回			
	寝返り <input type="checkbox"/> ケ月頃～ <input type="checkbox"/> 未	ロタウィルス	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 3回		
	お座り <input type="checkbox"/> ケ月頃～ <input type="checkbox"/> 未		<input type="checkbox"/> 2回			
	這う <input type="checkbox"/> ケ月頃～ <input type="checkbox"/> 未	BCG				
	つかまり立ち <input type="checkbox"/> ケ月頃～ <input type="checkbox"/> 未	麻疹風疹混合	<input type="checkbox"/> I期			
	つたい歩き <input type="checkbox"/> ケ月頃～ <input type="checkbox"/> 未	水ぼうそう	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回		
	ひとり歩き <input type="checkbox"/> ケ月頃～ <input type="checkbox"/> 未	日本脳炎	<input type="checkbox"/> I期1回	<input type="checkbox"/> I期追加		
	人見知り <input type="checkbox"/> ケ月頃～ <input type="checkbox"/> 未		<input type="checkbox"/> I期2回			
	話し始め <input type="checkbox"/> ケ月頃～ <input type="checkbox"/> 未	四種混合	<input type="checkbox"/> I期1回	<input type="checkbox"/> I期3回		
集団保育の経験	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> I期2回	<input type="checkbox"/> I期追加		
集団保育上配慮してほしいこと(身体的・性格的・宗教上の理由等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 内容：	五種混合	<input type="checkbox"/> I期1回	<input type="checkbox"/> I期3回		
			<input type="checkbox"/> I期2回	<input type="checkbox"/> I期追加		
		その他	()			
			()			
			()			
			()			

現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 1:自宅保育	施設名：
	<input type="checkbox"/> 2:一時保育	
	<input type="checkbox"/> 3:認証保育所	
	<input type="checkbox"/> 4:認可外保育施設(企業主導型保育所除く)	
	<input type="checkbox"/> 5:その他 ()	

		児童名				
健 康 状 態 (必 須)	平熱	°C				
	アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
	アレルゲン(食物)					
	アレルゲン(その他)					
	かかりつけ医					
	アナフィラキシーショック	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
	ひきつけ てんかん等	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
		<input type="checkbox"/> 高熱時	<input type="checkbox"/> 平熱時			
		<input type="checkbox"/> その他:				
	肘内障	<input type="checkbox"/> 有	(右・左・両方)	<input type="checkbox"/> 無		
障 が い ・ 疾 病 (必 須)	障害・疾病の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
	病名・障害名					
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有	(等級: 級)	<input type="checkbox"/> 無		
	療育手帳	<input type="checkbox"/> 有	(等級: 度)	<input type="checkbox"/> 無		
	精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 有	(等級: 級)	<input type="checkbox"/> 無		
	通院(所)施設名					
	内服薬等	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
	集団保育に関する確認	医療機関での可否確認	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
	集団保育の可否	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可			
	医療的ケアについて	日常生活の中で医療的ケアが必要 *早朝、夜間だけの医療的ケアや、体調がすぐれない時だけ行う医療的ケアも含みます。	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要		
医 療 的 的 ケ ア が 必 要 な 場 合	医療的ケアの内容	<input type="checkbox"/> 咳痰吸引 (口鼻腔内・気管カニューレ内)				
		<input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう)				
		<input type="checkbox"/> 導尿				
		<input type="checkbox"/> 排便管理(消化管ストーマ等)				
		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器(CPAP含む)				
		<input type="checkbox"/> 酸素療法				
		<input type="checkbox"/> 気管切開の管理				
		<input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイの管理				
		<input type="checkbox"/> 皮下注射				
		<input type="checkbox"/> 血糖管理				
<input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテルの管理						
<input type="checkbox"/> その他:						
医 療 的 的 ケ ア が 必 要 な 頻 度	<input type="checkbox"/> 終日					
	<input type="checkbox"/> 睡眠時のみ					
	<input type="checkbox"/> 夜間のみ					
	<input type="checkbox"/> 体調不良時のみ					
	<input type="checkbox"/> その他:					
	発達相談		□ 特になし			
			□ 保健相談所			
			□ 子ども家庭支援センター			
			□ 児童発達支援事業所 名称:			
			□ 病院:			
□ その他:						
相談内容:						
利用頻度:						
授乳			種類			
			<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 完了			
		メーカー:				
		名称:				
		ミルク				
		乳首				
		メーカー:				
		サイズ:				
		食事		離乳食		
				<input type="checkbox"/> 未		
<input type="checkbox"/> 離乳食中(ヶ月~)						
現在回食						
朝食 時 分頃						
昼食 時 分頃						
姿勢						
<input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> その他()						
食べ方						
<input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
睡眠		食具				
		<input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 箸				
		<input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> マグ <input type="checkbox"/> その他()				
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
		嫌いなもの:				
		起床 時 分頃				
		就寝 時 分頃				
		昼寝 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(時 分~ 時 分)				
		寝かせ方				
		<input type="checkbox"/> 一人で <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> 抱っこ				
排泄		姿勢				
		<input type="checkbox"/> あおむけ <input type="checkbox"/> うつぶせ <input type="checkbox"/> 横向き				
		オムツ				
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> 布				
		<input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬い				
		<input type="checkbox"/> 每日一日(回) <input type="checkbox"/> 週回				
		性質		好きなあそび		
				<input type="checkbox"/> 室内		
				<input type="checkbox"/> 戸外		
				こだわり		
性格						
自由記述(園に伝えておきたいこと等)						
*困っていることや心配なこと、その他知させておきたいことがありましたらご記入ください。						