

# 児童の状況シート

※申込児童1人につき1枚提出してください（申込書の一部のため全員記入が必要）。

※面接時にお持ちください。なお、この内容は入所決定施設と共有します。

記入日

年 月 日

| ふりがな<br>児童氏名                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | ふりがな<br>申請者氏名                                            |             |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------|----|----|----|----------------|------|-----|-------|--|--|-------|----------|-------|--|--|-------|----------|-------|--|--|-------|-------|-------|--|--|-------|---------|-------|------------|-----------|-------|-----|-------|--|--|
| 児童<br>生年月日                                    | 年                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 月          | 日                                                        | 申請者<br>電話番号 | ( )<br>□父携帯・□母携帯<br>□自宅・□( )           |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
| 申請者住所                                         | 〒 -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                                                          |             |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
| 保育<br>の<br>状<br>況                             | □保育施設に預けている                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            | 施設名： ( 年 月 日入所)<br>認可(□保育所 □認定こども園 □幼稚園 □地域型保育)・□認可外保育施設 |             |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
|                                               | □自宅で見ている                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            | 母・父・その他( )                                               |             | 過去に保育施設に預けたことが<br>□ない<br>□ある<br>施設名( ) |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
|                                               | □勤務先に同行                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            | 母・父・その他( )                                               |             |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
|                                               | □その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            | 具体的状況：                                                   |             |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
| 発<br>達<br>状<br>況                              | ・出生時の体重 グラム 妊娠期間 週<br>・出産は順調でしたか □はい □いいえ<br>・首がすわったのは □( か月頃) □すわっていない<br>・寝返りをしたのは □( か月頃) □まだ<br>・おすわりをしたのは □( か月頃) □まだ<br>・ハイハイをしたのは □( か月頃) □まだ<br>・つかまり立ちしたのは □( か月頃) □まだ<br>・歩き始めたのは □( か月頃) □まだ<br>・呼ばれると振り向きますか □はい □いいえ<br>・目が合いますか □はい □いいえ<br>・ことばは □普通 □遅い □日本語を教えていない □その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                                                          |             |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
|                                               | 次の項目は、2歳から5歳までのお子様についてお答えください。<br>・理由なく奇声を出したり、泣いたりすることがありますか □はい □いいえ<br>・落ち着きがなく、手を放すとどこに行くか分からないことがありますか □はい □いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                                                          |             |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
|                                               | ・次の症状はありますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |                                                          |             |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
|                                               | <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>有無</th> <th>症状</th> <th>日常生活で気をつけていること</th> <th>薬の服用</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ぜん息</td> <td>□無 □有</td> <td></td> <td></td> <td>□無 □有</td> </tr> <tr> <td>アトピー性皮膚炎</td> <td>□無 □有</td> <td></td> <td></td> <td>□無 □有</td> </tr> <tr> <td>アレルギー性鼻炎</td> <td>□無 □有</td> <td></td> <td></td> <td>□無 □有</td> </tr> <tr> <td>じんましん</td> <td>□無 □有</td> <td></td> <td></td> <td>□無 □有</td> </tr> <tr> <td>食物アレルギー</td> <td>□無 □有</td> <td>品目：<br/>症状：</td> <td>(□エピペン使用)</td> <td>□無 □有</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>□無 □有</td> <td></td> <td></td> <td>□無 □有</td> </tr> </tbody> </table> |            |                                                          |             |                                        | 項目 | 有無 | 症状 | 日常生活で気をつけていること | 薬の服用 | ぜん息 | □無 □有 |  |  | □無 □有 | アトピー性皮膚炎 | □無 □有 |  |  | □無 □有 | アレルギー性鼻炎 | □無 □有 |  |  | □無 □有 | じんましん | □無 □有 |  |  | □無 □有 | 食物アレルギー | □無 □有 | 品目：<br>症状： | (□エピペン使用) | □無 □有 | その他 | □無 □有 |  |  |
| 項目                                            | 有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 症状         | 日常生活で気をつけていること                                           | 薬の服用        |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
| ぜん息                                           | □無 □有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                          | □無 □有       |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
| アトピー性皮膚炎                                      | □無 □有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                          | □無 □有       |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
| アレルギー性鼻炎                                      | □無 □有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                          | □無 □有       |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
| じんましん                                         | □無 □有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                          | □無 □有       |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
| 食物アレルギー                                       | □無 □有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 品目：<br>症状： | (□エピペン使用)                                                | □無 □有       |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
| その他                                           | □無 □有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                          | □無 □有       |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
| 健康<br>状<br>態                                  | ・ひきつけの経験 □無 □有(初回： 歳 か月のとき、この1年で起きた回数： 回)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                                                          |             |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
|                                               | ・心身の障がい □無 □有(障がい名： )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                          |             |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
|                                               | ・排泄 □1人で可 □付き添えば可 □おむつ使用 □その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |                                                          |             |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
|                                               | ・健診時の指摘事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                                                          |             |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
|                                               | 1か月児健診 □未 □済(指摘事項：□無 □有 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                                                          |             |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
|                                               | 4か月児健診 □未 □済(指摘事項：□無 □有 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                                                          |             |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
|                                               | 10か月児健診 □未 □済(指摘事項：□無 □有 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |                                                          |             |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
|                                               | 1歳6か月児健診 □未 □済(指摘事項：□無 □有 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                                                          |             |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
|                                               | 3歳児健診 □未 □済(指摘事項：□無 □有 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |                                                          |             |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
|                                               | ・病気や発達のこと<br>で治療・相談して<br>いる病院や施設<br>(経過観察を含む)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                                                          |             |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
| □無 □有→病院・施設名：<br>病名・症 状：<br>服 薬： 無 ・ 有(朝・昼・夕) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                          |             |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
| ・健康上又は発達上<br>気になること                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                          |             |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
| □無 □有(具体的状況： )                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                          |             |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |
| そ<br>の<br>他                                   | ・宗教上の食事制限 □無 □有(具体的状況： )<br>※給食の提供方法は園により異なります。そのため、食事制限について確認させていただきます。詳細は各施設に確認してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |                                                          |             |                                        |    |    |    |                |      |     |       |  |  |       |          |       |  |  |       |          |       |  |  |       |       |       |  |  |       |         |       |            |           |       |     |       |  |  |

※市使用欄 面接実施日( 年 月 日) □宗教上の食事制限のある方に説明文を渡した  
 面接担当者( ) □面接受付控え(書類受付の案内)を渡した ※4月一斉受付時のみ確認

4月一斉受付の場合は、裏面もご記入ください

# 4月一斉 受付時のみ

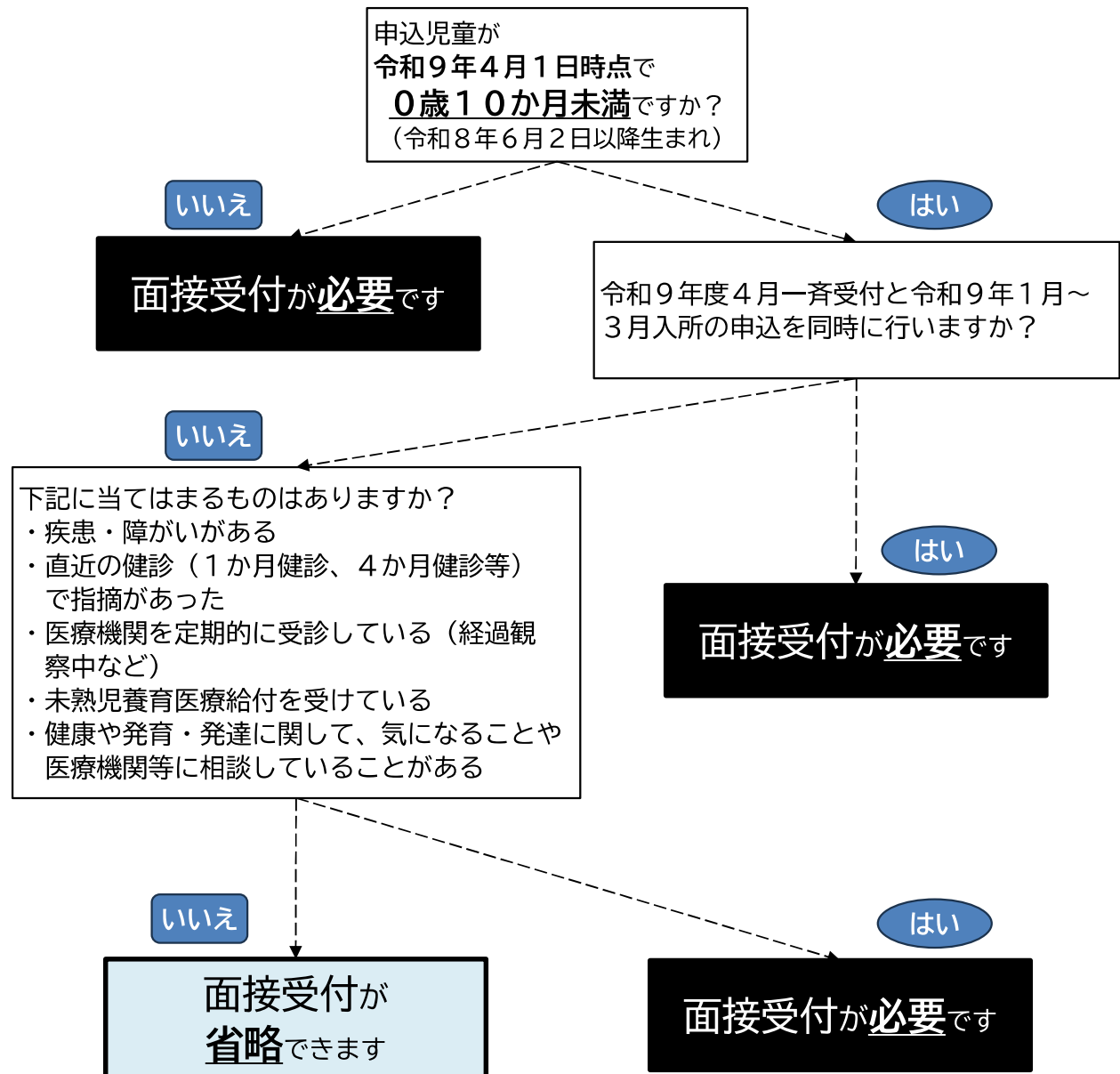
## 面接受付フローチャート

新規入所の申込をされるお子さんに、面接受付が必須かどうかを確認するためのフローチャートです。

※幼稚園・認可外保育施設に在籍中、事業所内保育の従業員枠、越谷市外保育施設に在籍中、認定こども園の1号認定に在籍中で同一園以外の施設への移行を希望する方（希望順位を問わず、希望施設で同一園以外の施設を申し込む方）は、現在保育施設等に入所中でも新規入所申込に含まれるため**面接が必要**です。

※「育児休業の延長に関する申出書」をご提出いただく場合は、面接は必要ございません。

※地域型保育又は2歳児クラスまでの保育所を入所期間満了で卒園する方（事業所内保育の従業員枠を除く）は、面接は必要ございません。



上記フローチャートに沿って、面接の要否を確認した結果を  
下記にチェックしてください。

☐ 面接受付が「必要」となりました。

☐ 面接受付が「省略可」となりました。

※面接受付が省略可となった場合でも、児童の状況シートを確認した際に、面接受付を行っていただくよう案内する場合があります。この場合、4月一斉受付でお申込みいただいても、4月2次受付以降の受付になる場合があります。