

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。

ふりがな 児童氏名		ふりがな 申請者氏名			
児童 生年月日	平・令 年 月 日	申請者 電話番号	( ) <input type="checkbox"/> 父携帯・ <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> ( )		
申請者住所		〒			
保育の 状況	<input type="checkbox"/> 保育所・認定こども園・地域型保育・幼稚園・認可外保育施設に預けている	施設名： (平・令 年 月 日入所) 認可( <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 地域型保育)・ <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 保育時間： 時 分 ~ 時 分 利用日数： 週 日 月額保育料： 円			
	<input type="checkbox"/> 自宅で見ている	母・父・祖母・祖父・その他( )	} 該当する方 過去に保育所・地域型保育・幼稚園・認可外保育施設に預けたことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 施設名( )		
	<input type="checkbox"/> 勤務先に同行	母・父・祖母・祖父・その他( ) 職場内託児施設： 有・無			
	<input type="checkbox"/> その他	具体的状況：			
発達 状況	・出生時の体重 _____ g 妊娠期間 _____ 週 ・出産は順調でしたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・首がすわったのは <input type="checkbox"/> ( ) か月頃 <input type="checkbox"/> すわっていない ・寝返りをしたのは <input type="checkbox"/> ( ) か月頃 <input type="checkbox"/> まだ ・おすわりをしたのは <input type="checkbox"/> ( ) か月頃 <input type="checkbox"/> まだ ・ハイハイをしたのは <input type="checkbox"/> ( ) か月頃 <input type="checkbox"/> まだ ・歩き始めたのは <input type="checkbox"/> ( ) か月頃 <input type="checkbox"/> まだ ・呼ばれると振り向きですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・目が合いますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・ことばは <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い <input type="checkbox"/> 日本語を教えていない <input type="checkbox"/> 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。 ・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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	・次の症状はありますか。				
健康 状態	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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	じんましん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	品目： 症状：	( <input type="checkbox"/> エピペン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	・ひきつけの経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(障がい名： )			
	・排泄	<input type="checkbox"/> 1人で可 <input type="checkbox"/> 付き添えば可 <input type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> その他( )			
・健診時の指摘事項	1歳6か月児健診	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(指摘事項： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )			
	3歳児健診	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(指摘事項： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )			
	その他	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(指摘事項： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )			
・病気や発達のこと で治療・相談して いる病院や施設	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→病院・施設名：				
	病名・症状：				
	服薬： 無・有(朝・昼・夕)				
・健康上又は発達上 気になること	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(具体的状況： )				

※市使用欄 面接実施日( 年 月 日)  
 面接担当者( )