

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()					
	<input type="checkbox"/> 勤務先に同行	母・父・祖母・祖父・その他()					
	<input type="checkbox"/> その他	職場内託児施設: 有・無 具体的状況: _____					
発達 状況	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()						
	該当する方						
	出生時の体重 _____ グラム 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							
健康 状態	・次の症状はありますか。						
	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: _____)						
その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(具体的状況: _____)						
※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