

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"/> ()																																			
第1希望の 保育施設名		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：																																				
※当てはまる 欄にチェックして記入してください	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 ・おすわりをしたのは <input type="checkbox"/> () か月頃 <input type="checkbox"/> まだ ・寝返りをしたのは <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ませんか <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。 <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><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>アトピー性皮膚炎</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>アレルギー性鼻炎</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>じんましん</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>食物アレルギー</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> <td>品目： 症状：</td> <td>(<input type="checkbox"/>エピペン使用)</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>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	<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
	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																																		
健康状態 ・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 面接担当者()