



児童状況票

○母子手帳を参考に、該当箇所には○または記入をしてください。
 ○2名以上の申込みの際は、お手数ですがコピーをしてお一人ずつ作成をお願いします。
 ○出産予定の児童を申請した方は、出生後に、支給認定変更届と一緒に提出してください。
 ※この児童状況票は、子育て支援課及び入所希望した保育施設及び休日保育施設でのみ使用します。

フリガナ				愛称・呼び名			
児童名							
生年月日		年	月	日			

出生時の状況	週数	週		日	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"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 吸引分娩		水ぼうそう	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無	
		<input type="checkbox"/> 逆子	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				百日咳	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無	
	頭囲	cm				肺炎	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無	
出生後の状況	状態	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 仮死	<input type="checkbox"/> 強い黄痰	<input type="checkbox"/> けいれん	かかりやすい病気					
	保育器使用	日間				その他					
	酸素使用	日間									
	入院	日間									
	その他										
0歳児のみ記入	母乳	<input type="checkbox"/>	ヶ月まで	<input type="checkbox"/>	継続中	予防接種	ヒブ	<input type="checkbox"/>	1回	<input type="checkbox"/>	3回
	離乳食	<input type="checkbox"/>	ヶ月～	<input type="checkbox"/>	未		肺炎球菌	<input type="checkbox"/>	1回	<input type="checkbox"/>	3回
	ミルクメーカー	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		なし	<input type="checkbox"/>	2回	<input type="checkbox"/>	追加
	乳首メーカー	サイズ					B型肝炎	<input type="checkbox"/>	1回	<input type="checkbox"/>	3回
	哺乳量	ミルク					cc	<input type="checkbox"/>	2回		
		牛乳					cc	ロタウィルス	<input type="checkbox"/>	1回	<input type="checkbox"/>
	哺乳姿勢										
乳児健診	3～4ヶ月健診	<input type="checkbox"/>	済	<input type="checkbox"/>	未	四種混合	<input type="checkbox"/>	I期1回	<input type="checkbox"/>	I期3回	
	6～7ヶ月健診	<input type="checkbox"/>	済	<input type="checkbox"/>	未	<input type="checkbox"/>	I期2回	<input type="checkbox"/>	I期追加		
	9～10ヶ月健診	<input type="checkbox"/>	済	<input type="checkbox"/>	未	BCG	<input type="checkbox"/>				
	1才6ヶ月健診	<input type="checkbox"/>	済	<input type="checkbox"/>	未	麻疹風疹混合	<input type="checkbox"/>	I期			
	3才児健診	<input type="checkbox"/>	済	<input type="checkbox"/>	未	水ぼうそう	<input type="checkbox"/>	1回	<input type="checkbox"/>	2回	
発育状況	あやすと笑う	<input type="checkbox"/>	ヶ月頃～	<input type="checkbox"/>	未	日本脳炎	<input type="checkbox"/>	I期1回	<input type="checkbox"/>	I期追加	
	首すわり	<input type="checkbox"/>	ヶ月頃～	<input type="checkbox"/>	未	<input type="checkbox"/>	I期2回				
	寝返り	<input type="checkbox"/>	ヶ月頃～	<input type="checkbox"/>	未	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/>	1回	<input type="checkbox"/>	2回	
	ハイハイ	<input type="checkbox"/>	ヶ月頃～	<input type="checkbox"/>	未	三種混合	<input type="checkbox"/>	I期1回	<input type="checkbox"/>	I期3回	
	お座り	<input type="checkbox"/>	ヶ月頃～	<input type="checkbox"/>	未	<input type="checkbox"/>	I期2回	<input type="checkbox"/>	I期追加		
	つかまり立ち	<input type="checkbox"/>	ヶ月頃～	<input type="checkbox"/>	未	ポリオ(生)	<input type="checkbox"/>	1回	<input type="checkbox"/>	2回	
	つたい歩き	<input type="checkbox"/>	ヶ月頃～	<input type="checkbox"/>	未	不活化ポリオ	<input type="checkbox"/>	I期1回	<input type="checkbox"/>	I期3回	
	人見知り	<input type="checkbox"/>	ヶ月頃～	<input type="checkbox"/>	未	<input type="checkbox"/>	I期2回	<input type="checkbox"/>	I期追加		
	歩行	<input type="checkbox"/>	ヶ月頃～	<input type="checkbox"/>	未	その他					
集団保育	経験	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無	現在の保育状況	<input type="checkbox"/>	1:自宅保育			
	保育上の注意点						<input type="checkbox"/>	2:一時保育・定期利用保育			
	保育上の希望						<input type="checkbox"/>	3:東京都認証保育所・企業主導型保育所			
							<input type="checkbox"/>	4:地域型保育事業所			
					<input type="checkbox"/>	5:市外認可保育所					
					<input type="checkbox"/>	2～5の場合 施設名 ()					
					<input type="checkbox"/>	6:その他					

※太線で囲われている箇所は必ずすべてご記入ください。希望保育所での受け入れ確認は必須です。

児童名

健康状態	平熱	℃		障がい	有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			障害手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類:	
	アレルギー 有の場合	アレルギー物質・食物:			障がい内容	等級:	級	度
		症状: 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 全希望保育所等での受入確認: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				通所(院) 施設名:		
ひきつけ	<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 園での医療行為の必要性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 全希望保育所等での受入確認 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
肘内症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
疾病	有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		発達	相談している施設	<input type="checkbox"/> 特になし		
	疾病内容 有の場合	通院施設名:				<input type="checkbox"/> 健康センター		
		治療中の病気:				<input type="checkbox"/> 子ども家庭支援センター		
		医療機関での可否確認 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 全希望保育所等での受入確認 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 園での医療行為の必要性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				<input type="checkbox"/> 発達支援室 <input type="checkbox"/> 島田療育センター <input type="checkbox"/> 病院 その他:		
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病院名:		相談内容:				
家族の健康状態	かかっている病気			言語	話しはじめ	ヶ月～		
清潔	手洗い	<input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> ふいてもらう		理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない			
	洗面	<input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> ふいてもらう		入眠	<input type="checkbox"/> 一人で <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> 抱っこ			
	うがい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		目覚め	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 時々ぐずる			
食事	道具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> 一人は不可		くせ	<input type="checkbox"/> 指おしゃぶり <input type="checkbox"/> おしゃぶり			
	状態	<input type="checkbox"/> 着席 <input type="checkbox"/> 抱っこ その他:		好きなもの	<input type="checkbox"/> ガーゼ <input type="checkbox"/> タオル <input type="checkbox"/> 毛布			
	偏食	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 好き: 嫌い:		その他				
着脱衣	服	<input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> 簡単なもの自分で <input type="checkbox"/> 手助け必要		姿勢(0歳児)	<input type="checkbox"/> うつ伏 <input type="checkbox"/> あおむけ <input type="checkbox"/> 横向き			
	ズボン	<input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> 簡単なもの自分で <input type="checkbox"/> 手助け必要		睡眠時間(1～5歳児)	時頃～ 時頃			
	くつ下	<input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> 簡単なもの自分で <input type="checkbox"/> 手助け必要		お昼寝	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 時頃～ 時頃			
	くつ	<input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> 簡単なもの自分で <input type="checkbox"/> 手助け必要		オムツ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 布 <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ			
	行動	<input type="checkbox"/> 脱ぎたがる <input type="checkbox"/> 脱ぐのを嫌がる		便器使用	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 嫌がる			
くせ・性格	目立つ癖			排泄	小便	教える 歳～ 一人で 歳～		
	性格	長所			大便	教える 歳～ 一人で 歳～		
		短所			くせ等			
	行動	<input type="checkbox"/> 脱ぎたがる <input type="checkbox"/> 脱ぐのを嫌がる			遊び	頻度	<input type="checkbox"/> 外でよく <input type="checkbox"/> 家でよく <input type="checkbox"/> 遊ばない	
子どもの将来	目立つ癖			誰と	<input type="checkbox"/> 誰とでも <input type="checkbox"/> 一人 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 兄弟			
	困っていること			行動	<input type="checkbox"/> 中心的 <input type="checkbox"/> 残されがち <input type="checkbox"/> 絶えず動く			
	好きな遊び			好きな遊び				
				嫌いな遊び				
				興味のある玩具等				
	どんな子になってほしいですか			親子の関わり	子育てで大切にしていること			
	困っていること				困っていること			