



# 児童状況票

○母子手帳を参考に、該当箇所に○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、子ども・若者政策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	(第 子)
児童名			
生年月日	年 月 日 性別( )		

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 <input type="checkbox"/> 逆子 その他:		水ぼうそう	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
		体重		g		はしか	<input type="checkbox"/> 有
	身長	cm		風疹	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	胸囲	cm		おたふく	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	頭囲	cm		百日咳	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
				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			
	保育器使用	日間			
	酸素使用	日間			
	治療等の入院	日間			
	手術の有無・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
	離乳食	<input type="checkbox"/> ヶ月～(現在 回食)	<input type="checkbox"/> 未
	ミルクメーカー	(乳首サイズ )	<input type="checkbox"/> なし
	哺乳量	ミルク・牛乳	cc

乳児健診	3～4ヶ月健診	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未
	6～7ヶ月健診	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未
	9～10ヶ月健診	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未
	1才6ヶ月健診	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未
	3才児健診	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未

発育状況	首すわり	<input type="checkbox"/> ヶ月頃～	<input type="checkbox"/> 未
	寝返り	<input type="checkbox"/> ヶ月頃～	<input type="checkbox"/> 未
	お座り	<input type="checkbox"/> ヶ月頃～	<input type="checkbox"/> 未
	ハイハイ	<input type="checkbox"/> ヶ月頃～	<input type="checkbox"/> 未
	つかまり立ち	<input type="checkbox"/> ヶ月頃～	<input type="checkbox"/> 未
	つたい歩き	<input type="checkbox"/> ヶ月頃～	<input type="checkbox"/> 未
	歩行	<input type="checkbox"/> ヶ月頃～	<input type="checkbox"/> 未
	人見知り	<input type="checkbox"/> ヶ月頃～	<input type="checkbox"/> 未
話し始め	<input type="checkbox"/> ヶ月頃～	<input type="checkbox"/> 未	

集団保育の経験	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
集団保育上配慮してほしいこと(身体的・性格的・宗教上の理由等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 内容:

予防接種	RSウイルス	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	その他	かかりやすい病気等	
	ヒブ	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 3回
		<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 追加
	肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 3回
		<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 追加
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 3回
		<input type="checkbox"/> 2回	
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 3回
		<input type="checkbox"/> 2回	
BCG	<input type="checkbox"/>		
麻疹風疹混合	<input type="checkbox"/> I期		
水ぼうそう	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	
	<input type="checkbox"/> I期1回	<input type="checkbox"/> I期追加	
日本脳炎	<input type="checkbox"/> I期2回		
	<input type="checkbox"/> I期1回	<input type="checkbox"/> I期3回	
四種混合	<input type="checkbox"/> I期2回	<input type="checkbox"/> I期追加	
	<input type="checkbox"/> I期1回	<input type="checkbox"/> I期3回	
五種混合	<input type="checkbox"/> I期2回	<input type="checkbox"/> I期追加	
	その他		

現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 1:自宅保育	
	<input type="checkbox"/> 2:一時保育・定期利用保育	施設名:
	<input type="checkbox"/> 3:認証保育所・企業主導型保育所	
	<input type="checkbox"/> 4:市外の認可保育所・地域型保育事業所	
	<input type="checkbox"/> 5:幼稚園	
	<input type="checkbox"/> 6:その他 ( )	

現在の1日の生活リズム	0:00 6:00 12:00 18:00 24:00
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>※平均的な1日の睡眠・食事・遊び等の時間をご記入ください。</p>	

※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

<b>健康状態 (必須)</b>	平熱	°C		<b>障がい (必須)</b>	有無	□ 有 □ 無			
	アレルギーの有無	□ 有 □ 無			<b>有の場合</b>	障害手帳	□ 有 □ 無 種類:		
	有の場合 アレルギー	アレルギー: 症状(程度等): かかりつけ医: アナフィラキシーショック: □ 有 □ 無 全希望保育所等での受入確認: □ 有 □ 無				障がい内容	等級:	級	度
		ひきつけ	□ 有 (直近の日 ) □ 無 □ 高熱時 □ 平熱時 その他:			集団保育に関する確認	医療機関での可否確認 □ 有 □ 無 園での医療行為の必要性 □ 有 □ 無 全希望保育所等での受入確認 □ 有 □ 無		
	肘内障	□ 有 ( 右・左・両方 ) □ 無		<b>発達 (必須)</b>	<b>相談している施設</b>	□ 特になし □ 健康センター □ 子ども家庭支援センター □ 発達支援室 □ 島田療育センター □ 病院 その他: 相談内容: 利用頻度:			
<b>疾病 (必須)</b>	有無	□ 有 □ 無				<b>睡眠</b>	入眠	□ 一人で □ 添い寝 □ おんぶ □ 抱っこ	
	有の場合 疾病内容	通院施設名: 治療中の病気: 内服: □ 有 ( ) □ 無					入眠時に好きなもの		
		集団保育に関する確認	医療機関での可否確認 □ 有 □ 無 全希望保育所等での受入確認 □ 有 □ 無 園での医療行為の必要性 □ 有 □ 無				姿勢(0歳児)	□ うつ伏 □ あおむけ □ 横向き	
			かかりつけ医	□ 有 □ 無 病院名:			オムツ	□ 無 □ 布 □ 紙 □ トレーニングパンツ	
<b>食事</b>	道具	□ 箸 □ スプーン □ 手づかみ □ 一人は不可		<b>排便</b>	大便の回数	□ 毎日 □ 週 回 (硬・軟)			
	状態	□ 着席 □ 抱っこ その他:			<b>オムツの場合</b>	小便	□ 自分で □ 手助け必要		
	偏食	□ 有 □ 無 好き: 嫌い:				大便	□ 自分で □ 手助け必要		
<b>着脱衣</b>	服	□ 自分で □ 簡単なもの自分で □ 手助け必要		<b>遊び</b>	□ 一人でふける □ 一人でふけない				
	ズボン	□ 自分で □ 簡単なもの自分で □ 手助け必要			誰と	□ 誰とでも □ 一人 □ 親 □ きょうだい			
	くつ	□ 自分で □ 簡単なもの自分で □ 手助け必要			行動	□ 落ち着きがある □ よく動く □ その他( )			
	着脱への抵抗	□ なし □ 脱ぎたがる □ 嫌がる			好きな遊び				
<b>くせ・性格</b>	目立つ癖 こだわり			嫌いな遊び					
	性格			どんな子になってほしいですか					
自由記述(園に伝えておきたいこと等)				子育てで大切にしていること					
自由記述(園に伝えておきたいこと等)				困っていること					

<b>保護者の状況</b>	代表保護者											保護者2												
	保育の必要性	就労	求職	出産	疾病	障がい	看護	介護	就学	災害	不存在	その他	就労	求職	出産	疾病	障がい	看護	介護	就学	災害	不存在	その他	
	✓を記入⇒	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	就労	勤務先名称											勤務先名称											
		就労時間・日数 時 分~ 時 分(週 日)											就労時間・日数 時 分~ 時 分(週 日)											
	出産	分娩予定日 令和 年 月 日											分娩予定日 令和 年 月 日											
	疾病・障がい	傷病名・障害名											傷病名・障害名											
		手帳の名称、等級											手帳の名称、等級											
	看護・介護	被看護・介護者名 続柄											被看護・介護者名 続柄											
	就学	□ 学校教育法に基づく学校 □ 教育機関通学 □ 通信教育											□ 学校教育法に基づく学校 □ 教育機関通学 □ 通信教育											
名称											名称													
就学期間 年 月 ~ 年 月											就学期間 年 月 ~ 年 月													