

## 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	タマ マルコ			愛称・呼び名	まるちゃん・まーちゃん						
児童名	多摩 丸子										
生年月日	2020	年	5月 20日		生まれ						
出生時の状況	週数	39 週 2 日			病歴	突発性発疹	<input type="checkbox"/>	有	<input checked="" type="checkbox"/>	無	
	分娩	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	無	
	体重	3140 g				はしか	<input type="checkbox"/>	有	<input checked="" type="checkbox"/>	無	
	身長	49 cm				風疹	<input type="checkbox"/>	有	<input checked="" type="checkbox"/>	無	
	胸囲	31.7 cm				おたふく	<input type="checkbox"/>	有	<input checked="" type="checkbox"/>	無	
	頭囲	32.9 cm				百日咳	<input type="checkbox"/>	有	<input checked="" type="checkbox"/>	無	
出生後の状況	状態	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 強い黄疸 <input type="checkbox"/> けいれん			肺炎	<input type="checkbox"/>	有	<input checked="" type="checkbox"/>	無		
	保育器使用	日間			かかりやすい病気						
	酸素使用	日間			その他						
	入院	日間									
0歳児のみ記入	母乳	<input type="checkbox"/>	ヶ月まで	<input type="checkbox"/>	継続中	ヒブ	<input checked="" type="checkbox"/>	1回	<input checked="" type="checkbox"/>	3回	
	離乳食	<input type="checkbox"/>	ヶ月～	<input type="checkbox"/>	未		<input checked="" type="checkbox"/>	2回	<input type="checkbox"/>	追加	
	ミルクメーカー	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	なし	肺炎球菌	<input checked="" type="checkbox"/>	1回	<input checked="" type="checkbox"/>	3回
	乳首メーカー	サイズ						<input checked="" type="checkbox"/>	2回	<input type="checkbox"/>	追加
	哺乳量	ミルク			cc	B型肝炎	<input checked="" type="checkbox"/>	1回	<input checked="" type="checkbox"/>	3回	
	哺乳姿勢	牛乳			cc		<input checked="" type="checkbox"/>	2回	<input type="checkbox"/>	3回	
乳児健診	3～4ヶ月健診	<input checked="" type="checkbox"/>	済	<input type="checkbox"/>	未	ロタウイルス	<input checked="" type="checkbox"/>	1回	<input type="checkbox"/>	3回	
	6～7ヶ月健診	<input checked="" type="checkbox"/>	済	<input type="checkbox"/>	未		<input checked="" type="checkbox"/>	2回			
	9～10ヶ月健診	<input checked="" type="checkbox"/>	済	<input type="checkbox"/>	未	四種混合	<input checked="" type="checkbox"/>	I期1回	<input checked="" type="checkbox"/>	I期3回	
	1才6ヶ月健診	<input checked="" type="checkbox"/>	済	<input type="checkbox"/>	未		<input checked="" type="checkbox"/>	I期2回	<input type="checkbox"/>	I期追加	
	3才児健診	<input type="checkbox"/>	済	<input type="checkbox"/>	未	BCG	<input checked="" type="checkbox"/>				
発育状況	あやすと笑う	3	ヶ月頃～	<input type="checkbox"/>	未	麻疹風疹混合	<input checked="" type="checkbox"/>	I期			
	首すわり	4	ヶ月頃～	<input type="checkbox"/>	未	水ぼうそう	<input checked="" type="checkbox"/>	1回	<input type="checkbox"/>	2回	
	寝返り	4	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	
	ハイハイ	6	ヶ月頃～	<input type="checkbox"/>	未		<input type="checkbox"/>	I期2回			
	お座り	7	ヶ月頃～	<input type="checkbox"/>	未	おたふくかぜ	<input checked="" type="checkbox"/>	1回	<input type="checkbox"/>	2回	
	つかまり立ち	8	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	
	つたい歩き	8	ヶ月頃～	<input type="checkbox"/>	未		<input type="checkbox"/>	I期2回	<input type="checkbox"/>	I期追加	
	人見知り	9	ヶ月頃～	<input type="checkbox"/>	未	ポリオ(生)	<input type="checkbox"/>	1回	<input type="checkbox"/>	2回	
	歩行	11	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	
集団保育	経験	<input type="checkbox"/>	有	<input checked="" type="checkbox"/>	無	その他					
	保育上の注意点					現在の保育状況	<input checked="" type="checkbox"/>	1:自宅保育			
	保育上の希望						<input type="checkbox"/>	2:一時保育・定期利用保育			
				<input type="checkbox"/>	3:東京都認証保育所						
				<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	37 °C	障がい	有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		障害手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 種類:	
		アレルギー物質・食物:		<input type="text"/> 卵	障がい内容	等級: _____ 級 _____ 度
		症状:		蕁麻疹・ぜん息		通所(院) 施設名:
かかりつけ医:	●●小児科	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		
アナフィラキシーショック:	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 checked="" 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		
ひきつけ	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	発達	相談している施設	<input checked="" type="checkbox"/> 特になし		
<input type="checkbox"/> 高熱時 <input type="checkbox"/> 平熱時 その他:				<input type="checkbox"/> 健康センター		
肘内症	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 子ども家庭支援センター		
有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 発達支援室		
疾病	疾病内容	通院施設名:	<input type="checkbox"/> 島田療育センター			
		治療中の病気:	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他			
	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			
かかりつけ医		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			
かかりつけ医	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	言語	話しはじめ	ヶ月~		
家族の健康状態	かかっている病気:	なし	理解	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
	体調:		睡眠	入眠	<input type="checkbox"/> 一人で <input checked="" type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> 抱っこ	
	目覚め	<input checked="" type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 時々ぐずる		目覚め	<input checked="" type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 時々ぐずる	
くせ	<input checked="" type="checkbox"/> 指おしゃぶり <input type="checkbox"/> おしゃぶり	くせ		<input checked="" type="checkbox"/> 指おしゃぶり <input type="checkbox"/> おしゃぶり		
清潔	手洗い	<input checked="" type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> ふいてもらう	好きなもの	<input type="checkbox"/> ガーゼ <input checked="" type="checkbox"/> タオル <input type="checkbox"/> 毛布		
	洗面	<input type="checkbox"/> 自分で <input checked="" type="checkbox"/> ふいてもらう	その他			
	うがい	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	姿勢(0歳児)	<input type="checkbox"/> うつ伏 <input checked="" type="checkbox"/> あおむけ <input type="checkbox"/> 横向き		
食事	道具	<input type="checkbox"/> 箸 <input checked="" type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> 一人は不可	睡眠時間(1~5歳児)	_____ 時頃~ _____ 時頃		
	状態	<input checked="" type="checkbox"/> 着席 <input type="checkbox"/> 抱っこ その他:	お昼寝	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	偏食	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	13 時頃~ 16 時頃			
着脱衣	好き:		排泄	オムツ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 布 <input checked="" type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ	
	嫌い:			便器使用	<input type="checkbox"/> している <input checked="" type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 嫌がる	
	くせ等			小便	教える _____ 歳~	
性く格せ	服	<input type="checkbox"/> 自分で <input checked="" type="checkbox"/> 簡単なものは自分で <input type="checkbox"/> 手助け必要	一人	_____ 歳~		
	ズボン	<input type="checkbox"/> 自分で <input checked="" type="checkbox"/> 簡単なものは自分で <input type="checkbox"/> 手助け必要	大便	教える _____ 歳~		
	くつ下	<input type="checkbox"/> 自分で <input checked="" type="checkbox"/> 簡単なものは自分で <input type="checkbox"/> 手助け必要	一人	_____ 歳~		
性く格せ	くつ	<input type="checkbox"/> 自分で <input checked="" type="checkbox"/> 簡単なものは自分で <input type="checkbox"/> 手助け必要	くせ等			
	行動	<input type="checkbox"/> 脱ぎたがる <input type="checkbox"/> 脱ぐのを嫌がる	頻度	<input type="checkbox"/> 外でよく <input checked="" type="checkbox"/> 家ではよく <input type="checkbox"/> 遊ばない		
	目立つ癖	物を投げる	誰と	<input checked="" type="checkbox"/> 誰とでも <input type="checkbox"/> ひとりで <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 兄弟と		
性く格せ	性格	長所:	よく笑う	行動	<input type="checkbox"/> 中心的 <input checked="" type="checkbox"/> 残されがち <input type="checkbox"/> 絶えず動く	
		短所:	短気	好きな遊び	積み木、絵本	
	嫌いな遊び		興味のある玩具等	音のなるもの		
子どもの将来	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		
	優しい子			目を見てゆっくりと話す		
	困っていること			困っていること		
	特になし			上手に叱ることができない		