

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		タマ ジロウ		愛称 呼び名	ジロちゃん (第 1 子)	
児童名		多摩 次郎				
生年月日		2023 年 9 月 3 日 性別(男)				

出生時の 状況	週数	39 週 2 日		病歴	突発性発疹	☐ 有 ☒ 無
	分娩	☒ 正常 ☐ 帝王切開 ☐ 吸引分娩			水ぼうそう	☐ 有 ☒ 無
		☐ 逆子 その他:			はしか	☐ 有 ☒ 無
	体重	3140 g			風疹	☐ 有 ☒ 無
	身長	49 cm			おたふく	☐ 有 ☒ 無
	胸囲	31.7 cm			百日咳	☐ 有 ☒ 無
	頭囲	32.9 cm			肺炎	☐ 有 ☒ 無
出生後の 状況	状態	☒ 正常 ☐ 仮死 ☐ 強い黄痰 ☐ けいれん		RSウイルス	☐ 有 ☒ 無	
	保育器使用	日間		その他	かかりやすい病気等	
	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	☐ ヶ月まで	☐ 継続中	予防接種	ヒブ	☒ 1回 ☒ 3回
	離乳食	☐ ヶ月～(現在 回食)	☐ 未		☒ 2回 ☐ 追加	
	ミルクメーカー	(乳首サイズ) ☐ なし			肺炎球菌	☒ 1回 ☒ 3回
	哺乳量	ミルク・牛乳 cc			☒ 2回 ☐ 追加	
乳児健診	3～4ヶ月健診	☒ 済 ☐ 未			B型肝炎	☒ 1回 ☒ 3回
	6～7ヶ月健診	☒ 済 ☐ 未			☒ 2回	
	9～10ヶ月健診	☒ 済 ☐ 未			ロタウイルス	☒ 1回 ☐ 3回
	1才6ヶ月健診	☒ 済 ☐ 未			☒ 2回	
	3才児健診	☐ 済 ☐ 未			BCG	☒
発育状況	首すわり	☐ ヶ月頃～	☐ 未		麻疹風疹混合	☒ I 期
	寝返り	☐ ヶ月頃～	☐ 未		水ぼうそう	☒ 1回 ☐ 2回
	お座り	☐ ヶ月頃～	☐ 未		日本脳炎	☐ I 期1回 ☐ I 期追加
	ハイハイ	☐ ヶ月頃～	☐ 未		☐ I 期2回	
	つかまり立ち	☐ ヶ月頃～	☐ 未		四種混合	☒ I 期1回 ☐ I 期3回
	つたい歩き	☐ ヶ月頃～	☐ 未	☒ I 期2回 ☐ I 期追加		
	歩行	☐ ヶ月頃～	☐ 未	五種混合	☒ I 期1回 ☐ I 期3回	
	人見知り	☐ ヶ月頃～	☐ 未	☒ I 期2回 ☐ I 期追加		
	話し始め	☐ ヶ月頃～	☐ 未	その他		
集団保育の経験	☐ 有 ☒ 無			現在の 保育状況	☒ 1:自宅保育	
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)	☐ 有 ☐ 無 内容:	☐ 2:一時保育・定期利用保育 施設名:				
		☐ 3:認証保育所・企業主導型保育所				
		☐ 4:市外の認可保育所・地域型保育事業所				
		☐ 5:幼稚園				
		☐ 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

※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。

※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 多摩 次郎

健康状態（必須）	平熱	37.0	℃	障がい（必須）	有無	☐ 有 ☒ 無							
	アレルギーの有無	☒ 有 ☐ 無	有の場合		障害手帳	☐ 有 ☒ 無 種類:							
	アレルギー	アレルギー:			卵	障がい内容	等級:	級 度					
		症状(程度等):			蕁麻疹・ぜん息		通所(院)施設名:						
		かかりつけ医:			●●小児科		医療機関での可否確認	☐ 有 ☐ 無					
アナフィラキシーショック:		☐ 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	集団保育に関する確認		全希望保育所等での受入確認	☐ 有 ☐ 無							
ひきつけ	☐ 有 (直近の日) ☒ 無		発達（必須）	相談している施設	☒ 特になし								
	☐ 高熱時 ☐ 平熱時 その他:				☐ 健康センター								
	☐ 有 (右・左・両方) ☒ 無				☐ 子ども家庭支援センター								
肘内障	☐ 有 (右・左・両方) ☒ 無				☐ 発達支援室								
					☐ 島田療育センター								
			☐ 病院 その他:										
			相談内容:										
疾病（必須）	有無	☐ 有 ☒ 無	睡眠	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:	入眠時に好きなもの	タオル							
		治療中の病気:		内服: ☐ 有 () ☐ 無	姿勢(0歳児)	☐ うつ伏 ☐ あおむけ ☐ 横向き							
		医療機関での可否確認		☐ 有 ☐ 無	オムツ	☐ 無 ☐ 布 ☒ 紙 ☐ トレーニングパンツ							
		全希望保育所等での受入確認		☐ 有 ☐ 無	大便の回数	☒ 毎日 ☐ 週 回 (硬・軟)							
園での医療行為の必要性	☐ 有 ☐ 無	排泄	オムツの場合	小便	☐ 自分で ☒ 手助け必要								
かかりつけ医	☒ 有 ☐ 無		遊び	誰と	大便	☐ 自分で ☒ 手助け必要							
	病院名:					☐ 一人でふける ☒ 一人でふけない							
食事	道具					☐ 箸 ☒ スプーン ☐ 手づかみ ☐ 一人は不可	排便	オムツの場合	小便	☐ 自分で ☒ 手助け必要			
	状態	☐ 着席 ☐ 抱っこ その他:				遊び		誰と	大便	☐ 一人でふける ☒ 一人でふけない			
	偏食	☐ 有 ☐ 無	遊び	誰と	大便					☐ 一人でふける ☒ 一人でふけない			
	好き:	嫌い:								遊び	誰と	大便	☐ 一人でふける ☒ 一人でふけない
着脱衣	服	☐ 自分で ☒ 簡単なもの自分で ☐ 手助け必要					遊び						誰と
	ズボン	☐ 自分で ☒ 簡単なもの自分で ☐ 手助け必要				遊び		誰と	大便				
	くつ	☐ 自分で ☒ 簡単なもの自分で ☐ 手助け必要	遊び	誰と	大便								
	着脱への抵抗	☐ なし ☒ 脱ぎたがる ☐ 嫌がる								遊び	誰と	大便	
くせ・性	目立つ癖	物を投げる					遊び						誰と
	こだわり					遊び		誰と	大便				
性格	よく笑う	遊び	誰と	大便	☐ 一人でふける ☒ 一人でふけない								
どんな子になってほしいですか					子育てで大切にしていること								
優しい子					目を見てゆっくり話す								
自由記述(園に伝えておきたいこと等)					困っていること								
特になし				上手に叱ることができない									

保護者の状況	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	多摩市役所											勤務先名称	●●株式会社●●支店										
		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											