



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 ジロウ		愛称・呼び名	ジロちゃん	
児童名		多摩 次郎				
生年月日		2022 年 9 月 3 日				
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			水ぼうそう	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 逆子 その他:			はしか	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	体重	3140 g			風疹	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	身長	49 cm			おたふく	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	胸囲	31.7 cm			百日咳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	頭囲	32.9 cm			肺炎	<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		予防接種	ヒブ	<input checked="" type="checkbox"/> 1回 <input checked="" type="checkbox"/> 3回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 追加
	入院	日間			肺炎球菌	<input checked="" type="checkbox"/> 1回 <input checked="" type="checkbox"/> 3回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 追加
	その他				B型肝炎	<input checked="" type="checkbox"/> 1回 <input checked="" type="checkbox"/> 3回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回
0歳児のみ記入	母乳	<input type="checkbox"/> ヶ月まで	<input type="checkbox"/> 継続中		ロタウイルス	<input checked="" type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 3回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回
	離乳食	<input type="checkbox"/> ヶ月～	<input type="checkbox"/> 未	四種混合	<input checked="" type="checkbox"/> I期1回 <input checked="" type="checkbox"/> I期3回 <input checked="" type="checkbox"/> I期2回 <input type="checkbox"/> I期追加	
	ミルクメーカー	<input type="checkbox"/> なし		BCG	<input checked="" type="checkbox"/>	
	乳首メーカー	サイズ		麻疹風疹混合	<input checked="" type="checkbox"/> I期	
	哺乳量	ミルク	cc		水ぼうそう	<input checked="" type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回
		牛乳	cc		日本脳炎	<input type="checkbox"/> I期1回 <input type="checkbox"/> I期追加 <input type="checkbox"/> I期2回
	哺乳姿勢			おたふくかぜ	<input checked="" type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	
乳児健診	3～4ヶ月健診	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		三種混合	<input type="checkbox"/> I期1回 <input type="checkbox"/> I期3回 <input type="checkbox"/> I期2回 <input type="checkbox"/> I期追加	
	6～7ヶ月健診	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		ポリオ(生)	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	
	9～10ヶ月健診	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		不活化ポリオ	<input type="checkbox"/> I期1回 <input type="checkbox"/> I期3回 <input type="checkbox"/> I期2回 <input type="checkbox"/> I期追加	
	1才6ヶ月健診	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		その他		
	3才児健診	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		現在の保育状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1:自宅保育	
	あやすと笑う	<input type="checkbox"/> ヶ月頃～	<input type="checkbox"/> 未		<input type="checkbox"/> 2:一時保育・定期利用保育	
首すわり	<input type="checkbox"/> ヶ月頃～	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 3:東京都認証保育所・企業主導型保育所			
寝返り	<input type="checkbox"/> ヶ月頃～	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 4:地域型保育事業所			
ハイハイ	<input type="checkbox"/> ヶ月頃～	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 5:市外認可保育所			
お座り	<input type="checkbox"/> ヶ月頃～	<input type="checkbox"/> 未	2～5の場合 施設名 ()			
つかまり立ち	<input type="checkbox"/> ヶ月頃～	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 6:その他			
集団保育	経験	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無				
	保育上の注意点					
	保育上の希望					

※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	平熱	37.0	℃	障がい	有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	アレルギーの有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合		障がい内容	障害手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 種類:	
	アレルギー	アレルギー物質・食物:			卵	等級:	級	度
		症状:			蕁麻疹・ぜん息	通所(院)	施設名:	
ひきつけ	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			
肘内症	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			
疾病	有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	有の場合	発達	相談している施設	<input checked="" type="checkbox"/> 特になし		
	疾病内容	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		
	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	<input type="checkbox"/> 発達支援室	
全希望保育所等での受入確認		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 島田療育センター					
かかりつけ医	園での医療行為の必要性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 病院	その他:				
	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～			
	体質:			理解	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない			
清潔	手洗い	<input checked="" type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> ふいてもらう	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			
	洗面	<input type="checkbox"/> 自分で <input checked="" type="checkbox"/> ふいてもらう		目覚め	<input checked="" type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 時々ぐずる			
	うがい	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		くせ	<input checked="" type="checkbox"/> 指おしゃぶり <input type="checkbox"/> おしゃぶり			
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	排便	好きなもの	<input type="checkbox"/> ガーゼ <input checked="" type="checkbox"/> タオル <input type="checkbox"/> 毛布			
	状態	<input checked="" type="checkbox"/> 着席 <input type="checkbox"/> 抱っこ その他:		その他				
	偏食	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		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			
着脱衣	好き:		遊び	睡眠時間(1～5歳児)	13 時頃～ 15 時頃			
	嫌い:			お昼寝	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	くせ等				13 時頃～ 16 時頃			
	服	<input type="checkbox"/> 自分で <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ			
	ズボン	<input type="checkbox"/> 自分で <input checked="" type="checkbox"/> 簡単なもの自分で <input type="checkbox"/> 手助け必要		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			
くつ下	<input type="checkbox"/> 自分で <input checked="" type="checkbox"/> 簡単なもの自分で <input type="checkbox"/> 手助け必要	くせ等	小便	教える	歳～			
くつ	<input type="checkbox"/> 自分で <input checked="" type="checkbox"/> 簡単なもの自分で <input type="checkbox"/> 手助け必要		一人で	歳～				
子どもの将来	行動	<input type="checkbox"/> 脱ぎたがる <input type="checkbox"/> 脱ぐのを嫌がる	大便	教える	歳～			
	困っていること		一人で	歳～				
くせ・性格	目立つ癖	物を投げる	親子の関わり	頻度	<input type="checkbox"/> 外でよく <input checked="" type="checkbox"/> 家でよく <input type="checkbox"/> 遊ばない			
	性格	長所		よく笑う	誰と	<input checked="" type="checkbox"/> 誰とでも <input type="checkbox"/> 一人 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 兄弟		
短期		短期		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			
好きな遊び	積み木、絵本	好きな遊び		嫌いな遊び				
興味のある玩具等	音のなるもの	興味のある玩具等						
どんな子になってほしいですか	優しい子	親子の関わり	子育てで大切にしていること	目を見てゆっくりと話す				
困っていること	特になし		困っていること	上手に叱ることができない				