

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。

【記入日：令和 年 月 日】

フリガナ		愛称 呼び名	
児童名			
生年月日	年 月 日	性別()	(第 子)

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
	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"/> 〇ヶ月まで <input type="checkbox"/> 継続中
	離乳食	<input type="checkbox"/> 〇ヶ月～(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"/> 〇ヶ月頃～ <input type="checkbox"/> 未
	寝返り	<input type="checkbox"/> 〇ヶ月頃～ <input type="checkbox"/> 未
	お座り	<input type="checkbox"/> 〇ヶ月頃～ <input type="checkbox"/> 未
	ハイハイ	<input type="checkbox"/> 〇ヶ月頃～ <input type="checkbox"/> 未
	つかまり立ち	<input type="checkbox"/> 〇ヶ月頃～ <input type="checkbox"/> 未
	つたい歩き	<input type="checkbox"/> 〇ヶ月頃～ <input type="checkbox"/> 未
	歩行	<input type="checkbox"/> 〇ヶ月頃～ <input type="checkbox"/> 未
	人見知り	<input type="checkbox"/> 〇ヶ月頃～ <input type="checkbox"/> 未
話し始め	<input type="checkbox"/> 〇ヶ月頃～ <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:

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

予防接種	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
	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
	四種混合	<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
	五種混合	<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
その他		

現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 1:自宅保育	施設名:
	<input type="checkbox"/> 2:一時保育・定期利用保育	
	<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
※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。	

