

## 児童状況票



記入例

○母子手帳を参考に、該当箇所にお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	ママ シロウ	愛称 呼び名	シロちゃん
児童名	多摩 次郎		(第 1 子)
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	<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
				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	RSウイルス	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ヶ月まで <input type="checkbox"/> 継続中	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
	離乳食	<input type="checkbox"/> ヶ月～(現在 回食) <input type="checkbox"/> 未		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
	ミルクメーカー	(乳首サイズ) <input type="checkbox"/> なし		B型肝炎	<input checked="" type="checkbox"/> 1回 <input checked="" type="checkbox"/> 3回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回
	哺乳量	ミルク・牛乳 cc		ロタウイルス	<input checked="" type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 3回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回

乳児健診	3～4ヶ月健診	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	現在の 保育状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1:自宅保育
	6～7ヶ月健診	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		<input type="checkbox"/> 2:一時保育・定期利用保育 施設名:
	9～10ヶ月健診	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		<input type="checkbox"/> 3:認証保育所・企業主導型保育所
	1才6ヶ月健診	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		<input type="checkbox"/> 4:市外の認可保育所・地域型保育事業所
	3才児健診	<input type="checkbox"/> 済 <input checked="" type="checkbox"/> 未		<input type="checkbox"/> 5:幼稚園
				<input type="checkbox"/> 6:その他 ( )

集団保育の経験	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	現在の理由(身体的・性格的・宗教上の理由等) 内容: 宗教上の理由で豚肉を食べることができません。
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

現在の1日の生活リズム	0:00	6:00	12:00	18:00	24:00				
	睡眠	朝食	散歩or遊び	昼食	お昼寝	おやつ・散歩or遊び	夕食	お風呂	睡眠

※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 °C	障がい (必須)	有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		障害手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 種類:		
	有の場合 アレルギー	アレルゲン:		卵	有の場合 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:		たま小児科	医療機関での可否確認	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
ひきつけ	<input type="checkbox"/> 有 (直近の日 ) <input checked="" 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	園での医療行為の必要性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
肘内障	<input type="checkbox"/> 有 ( 右・左・両方 ) <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 type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
疾病 (必須)	有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	発達 (必須)	発達について相談している施設	<input checked="" type="checkbox"/> 特になし		
	有の場合 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		
		内服:		<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 発達支援室		
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"/> 島田療育センター	<input type="checkbox"/> 病院	その他:		
	全希望保育所等での受入確認	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	相談内容:				
	園での医療行為の必要性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	利用頻度:				
かかりつけ医	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 病院名: たま医院	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			
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	入眠時に好きなもの				
	状態	<input type="checkbox"/> 着席 <input type="checkbox"/> 抱っこ その他:	姿勢(0歳児)	<input type="checkbox"/> うつ伏 <input type="checkbox"/> あおむけ <input type="checkbox"/> 横向き			
	偏食	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 好き: 嫌い:	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			
着脱衣	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	大便の回数	<input checked="" type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週 回 (硬・軟)			
	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	オムツの場合無	小便	<input type="checkbox"/> 自分で <input checked="" type="checkbox"/> 手助け必要		
	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		大便	<input type="checkbox"/> 自分で <input checked="" type="checkbox"/> 手助け必要		
着脱への抵抗	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 脱ぎたがる <input type="checkbox"/> 嫌がる	遊び	誰と	<input checked="" type="checkbox"/> 誰とでも <input type="checkbox"/> 一人 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> きょうだい			
性く格せ	目立つ癖 こだわり	物を投げる	行動	<input type="checkbox"/> 落ち着きがある <input checked="" type="checkbox"/> よく動く			
	性格		好きな遊び	積み木			
			嫌いな遊び				
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・備考(園に伝えておきたいこと) 【聴覚障害・日本語不可等の理由で電話連絡不可の場合こちらにメールアドレスをご記入下さい。】			困っていること				
			落ち着きがない				

保護者の状況	代表保護者 (氏名 多摩 一郎 )										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⇒	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	就労	勤務先名称 多摩市役所										勤務先名称 たま株式会社聖蹟支店											
		就労時間・日数 8時 15分～ 17時 15分(週 5日)										就労時間・日数 9時00分～ 17時 00分(週 5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	<input type="checkbox"/> 学校教育法に基づく学校 <input type="checkbox"/> 教育機関通学 <input type="checkbox"/> 通信教育										<input type="checkbox"/> 学校教育法に基づく学校 <input type="checkbox"/> 教育機関通学 <input type="checkbox"/> 通信教育											
名称					名称																		
就学期間 年 月 ~ 年 月					就学期間 年 月 ~ 年 月																		