



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				愛称 呼び名			
児童名							
生年月日		年	月	日	性別()	R9.4.1時点年齢	才 第 子

出生時の 状況	週数	週 日	
	分娩	☐ 正常 ☐ 帝王切開 ☐ 吸引分娩	
		☐ 逆子 ☐ その他:	
	体重	g	
	身長	cm	
	胸囲	cm	
	頭囲	cm	
出生後の 状況	状態	☐ 正常 ☐ 仮死 ☐ 強い黄痰 ☐ 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	☐ ヶ月まで	☐ 継続中
	離乳食	☐ ヶ月～(現在 回食)	☐ 未
	ミルクメーカー	(乳首サイズ)	☐ なし
	哺乳量	ミルク・牛乳	cc
乳児健診	3～4ヶ月健診	☐ 済 ☐ 未	
	6～7ヶ月健診	☐ 済 ☐ 未	
	9～10ヶ月健診	☐ 済 ☐ 未	
	1才6ヶ月健診	☐ 済 ☐ 未	
	3才児健診	☐ 済 ☐ 未	
発育状況	首すわり	☐ ヶ月頃～	☐ 未
	寝返り	☐ ヶ月頃～	☐ 未
	お座り	☐ ヶ月頃～	☐ 未
	ハイハイ	☐ ヶ月頃～	☐ 未
	つかまり立ち	☐ ヶ月頃～	☐ 未
	つたい歩き	☐ ヶ月頃～	☐ 未
	歩行	☐ ヶ月頃～	☐ 未
	人見知り	☐ ヶ月頃～	☐ 未
話し始め	☐ ヶ月頃～	☐ 未	
集団保育の経験	☐ 有 ☐ 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)	☐ 有 ☐ 無	内容:	
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。		

病歴	突発性発疹	☐ 有 ☐ 無
	水ぼうそう	☐ 有 ☐ 無
	はしか	☐ 有 ☐ 無
	風疹	☐ 有 ☐ 無
	おたふく	☐ 有 ☐ 無
	百日咳	☐ 有 ☐ 無
	肺炎	☐ 有 ☐ 無
	RSウイルス	☐ 有 ☐ 無
その他	かかりやすい病気等	
予防接種	ヒブ	☐ 1回 ☐ 3回
		☐ 2回 ☐ 追加
	肺炎球菌	☐ 1回 ☐ 3回
		☐ 2回 ☐ 追加
	B型肝炎	☐ 1回 ☐ 3回
		☐ 2回
	ロタウイルス	☐ 1回 ☐ 3回
		☐ 2回
	BCG	☐
	麻疹風疹混合	☐ I 期
水ぼうそう	☐ 1回 ☐ 2回	
日本脳炎	☐ I 期1回 ☐ I 期追加	
	☐ I 期2回	
四種混合	☐ I 期1回 ☐ I 期3回	
	☐ I 期2回 ☐ I 期追加	
五種混合	☐ I 期1回 ☐ I 期3回	
	☐ I 期2回 ☐ I 期追加	
その他		
現在の 保育状況	☐ 1:自宅保育	
	☐ 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 ()	

※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（必須）	平熱	℃		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:				障がい内容	等級: 級 度			
		症状(程度等):					通所(院)施設名:			
		かかりつけ医:								
	アナフィラキシーショック: ☐ 有 ☐ 無		集団保育に関する確認	医療機関での可否確認 ☐ 有 ☐ 無						
	全希望保育所等での受入確認: ☐ 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						
疾病（必須）	ひきつけ	☐ 有 (直近の日) ☐ 無		発達（必須）	発達について相談している施設	☐ 特になし				
		☐ 高熱時 ☐ 平熱時 その他:				☐ こども家庭センター				
	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:				
食事	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				
			治療中の病気:				姿勢(0歳児)	☐ うつ伏 ☐ あおむけ ☐ 横向き		
			内服: ☐ 有 () ☐ 無							
		集団保育に関する確認	医療機関での可否確認 ☐ 有 ☐ 無							
全希望保育所等での受入確認 ☐ 有 ☐ 無										
園での医療行為の必要性 ☐ 有 ☐ 無										
着脱衣	かかりつけ医	☐ 有 ☐ 無		排泄	オムツの場合無	オムツ				
		病院名:				大便の回数				
						☐ 毎日 ☐ 週 回 (硬・軟)				
						オムツ				
						小便				
性く格せ	道具	☐ 箸 ☐ スプーン ☐ 手づかみ ☐ 一人は不可		遊び	誰と	☐ 自分で ☐ 手助け必要				
	状態	☐ 着席 ☐ 抱っこ その他:				☐ 自分で ☐ 手助け必要				
	偏食	☐ 有 ☐ 無				☐ 一人でふける ☐ 一人でふけない				
		好き: 嫌い:								
保育者の状況	服	☐ 自分で ☐ 簡単なもの自分で ☐ 手助け必要		困っていること	誰と	☐ 誰とでも ☐ 一人 ☐ 親 ☐ きょうだい				
	ズボン	☐ 自分で ☐ 簡単なもの自分で ☐ 手助け必要				☐ 落ち着きがある ☐ よく動く				
	くつ	☐ 自分で ☐ 簡単なもの自分で ☐ 手助け必要				☐ その他()				
	着脱への抵抗	☐ なし ☐ 脱ぎたがる ☐ 嫌がる								
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					
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。										

保護者の状況	代表保護者（氏名）												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						勤務先名称						勤務先名称										
		就労時間・日数						就労時間・日数						就労時間・日数										
		時 分～ 時 分(週 日)						時 分～ 時 分(週 日)						時 分～ 時 分(週 日)										
	出産	分娩予定日						分娩予定日						分娩予定日										
		令和 年 月 日						令和 年 月 日						令和 年 月 日										
	疾病・障がい	傷病名・障害名						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						手帳の名称、等級										
看護・介護	被看護・介護者名						被看護・介護者名						被看護・介護者名											
	続柄						続柄						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						☐ 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						名称											
	就学期間						就学期間						就学期間											
	年 月 ～ 年 月						年 月 ～ 年 月						年 月 ～ 年 月											