児童状況票

Ⓑ ＿＿＿年＿＿月＿＿日現在＿＿＿歳＿＿＿か月

Ⓒ ※お子さんの発達・健康状態についての情報は、保育園でお子さんをお預かりするために必要となりますので漏れのないようご記入ください。
※お子さん1人につき１枚必要です。

Ⓓ フリガナ
名前

Ⓔ 発達の様子・病歴

①	1	首がすわったのはいつ頃ですか	（　）か月頃・未
②	2	歩き始め（一人歩き）はいつ頃ですか	（　）か月頃・未
③	3	意味のある単語(ママ・パパ・ワンワン等)を話し始めたのはいつ頃ですか	（　）か月頃・未
④	4	声をかけるとそちらの方を見ようとしますか	はい / いいえ
⑤	5	目(視線)を合わせますか	よく合う / 合いにくい
⑥	6	普段一緒にいる人が見えなくなったときに探したり泣いたりしますか	はい / いいえ
⑦	7	簡単な指示(おいで・まってて・だめよ等)を理解できますか	はい / いいえ
⑧	8	指さしで意思を伝えようとしますか	はい / いいえ
⑨	9	友達と一緒にいることを喜びますか	はい / いいえ
⑩	10	突然、理由なく、たたいたり、かみついたり奇声をあげたりしますか	はい / いいえ
⑪	11	限られたことだけにこだわることがありますか(数字・図形・遊び・食べ物)	はい / いいえ
⑫	12	人に触られることや音を嫌がることがありますか	はい / いいえ
⑬	13	睡眠が浅い、なかなか寝付けない、短い時間でおきるなど睡眠で困ったことがありますか	はい / いいえ
⑭	14	ⓐ 過去に大きな病気や外傷はありましたか（感染症・心臓疾患・頭部強打・骨折など）	はい / いいえ
		ⓑ 傷病名（　）	
		病院名（　）	
		ⓒ	
		ⓓ 治療中・経過観察中の人：入園に関し主治医に相談していますか　□はい　□いいえ	
⑮	15	ⓐ けいれんやひきつけを起こしたことがありますか	はい / いいえ
		ⓑ 歳　ヶ月の時に体温　度で　回くらい）	
		ⓒ 服薬　□ない　□ある（種類　）	
⑯	16	ⓐ 現在、発達や慢性的な病気等のことで、通院・通所・相談をしていますか	はい / いいえ
		ⓑ 病名・障がい名（　）	
		ⓒ 病院名・施設名（　）	
		ⓓ 現在の状況　□治癒　□通院・通所継続　□経過観察 服薬　□ない　□ある（1日　回）	
		ⓔ 入園に関し主治医・相談員に相談していますか　□はい　□いいえ	
⑰	17	ⓐ 障害者手帳又は愛の手帳を持っていますか	はい / いいえ
		ⓑ はいと答えた人は以下を記載してください。 1手帳名(　) 2(　)級・度	

⑱	18	ⓐ 1.アトピー・アレルギーの診断を受けていますか	ある※	ない
		ⓑ **※あると答えた人【アレルギー検査結果→　□ある　・　□ない】**		
		ⓒ 2.制限する食品等 □卵　□小麦　□乳製品　□その他《　》 （食べられない食材については各園で対応しますが、安全な給食提供が難しい場合は、ご家庭より弁当の持参をお願いすることがあります。）		
		ⓓ 3.その他 □気管支喘息　□アトピー性皮膚炎　□アレルギー性鼻炎(花粉症) □アレルギー性結膜炎（花粉症）　□その他《　》		
		ⓔ ▼症状などを記載してください▼		
		ⓕ 4.エピペンの対応が必要だと医師の診断を受けていますか	ⓖ 受けている（　）歳ごろ	ⓗ 受けていない
⑲	19	宗教上の理由で食べられない食材があれば、以下にご記入ください。（ご家庭より弁当の持参をお願いすることがあります。）		
⑳	20	ⓐ 装具(眼鏡・コンタクトレンズ・補聴器・ヘルメット等)の着用はありますか	ある	ない
		ⓑ あると答えた人→着用装具（　）		
		ⓒ 視力・聴力等の具体的な状況、日中配慮してほしいことなど		
㉑	21	保育園に入園するにあたり健康状態・発達状況など、気になることがあれば、具体的にご記入ください。 ※医師の診断書、意見書、指示書等をお持ちの場合は、その写しをご提出ください。		

Ⓕ 以下の項目は母子健康手帳などを参考にわかる範囲で記入してください

㉒	22	生まれた時の状況→（正常・帝王切開・吸引・仮死・不明）
㉓	23	生まれたときの身長・体重→身長(　)cm　体重（　）g
㉔	24	生まれたのは妊娠（　）週目・不明

Ⓖ ※0歳・1歳クラスで入園申込みする場合、回答してください

㉕	25	ⓐ 離乳食の進み具合について ⓑ □開始していない　□初期　□中期　□後期　□幼児食		
㉖	26	ミルク(人工乳)は飲めますか	はい	母乳のみ

Ⓗ 健康診査	Ⓘ 3～4か月児健診	Ⓙ 6～7か月健診	Ⓚ 9～10か月健診	Ⓛ 1歳6か月健診	Ⓜ 3歳児健診
	Ⓝ 健康・要観察・未受診	Ⓝ 健康・要観察・未受診	Ⓝ 健康・要観察・未受診	Ⓝ 健康・要観察・未受診	Ⓝ 健康・要観察・未受診

Ⓞ ①障がいや疾病、発達面などで気になることがある場合は、児童状況票に詳しくご記入ください。ご提出いただいた情報は、お子さんを安全にお預かりし、必要な支援体制が整った保育園をご案内するために使用します。利用申込みされた保育園の受入状況等により、入園する園や入園時期を調整させていただく場合があります。

②お子さんの発達・健康状況について、必要な支援内容や安全な受入れ体制の確認のため、関係機関等へ問い合わせを行う場合があります。

③適切な保育の実施、助言のため、子ども発達相談センターの職員等がお子さんの様子を観察させていただく場合があります。

Ⓟ **上記の①②③の記載について同意し、記載内容に相違ないことを確認しました。**　**保護者署名**

Ⓐ	Child Status Form
Ⓑ	years and　months of age as of YYYY MM DD
Ⓒ	・The information regarding your child's development and health is necessary to provide care at nursery school, so be sure to complete this form. ・One form is necessary for each child.
Ⓓ	*Furigana* Name
Ⓔ	Development and illness history
①	When was your child able to hold his/her head up? At　months / Not yet
②	When did your child start walking independently? At　months / Not yet
③	When did your child start saying actual words (mommy, daddy, doggy, etc.)? At　months / Not yet
④	Does your child look at you when you talk to him/her? Yes / No
⑤	Does your child make eye contact? Often / Not often
⑥	If someone who is often with your child disappears from sight, does he/she look for that person or cry? Yes / No
⑦	Can your child understand simple instructions (come, wait, no, etc.)? Yes / No
⑧	Does your child try to communicate by pointing? Yes / No
⑨	Is your child happy when friends are present? Yes / No
⑩	Does your child suddenly hit things, bite or scream for no reason? Yes / No
⑪	Is your child fixated on particular things (numbers, shapes, games, food, etc.)? Yes / No
⑫	Does your child become upset when he/she hears a sound or is touched? Yes / No
⑬	Does your child have sleeping problems, such as waking up too easily, difficulty going to sleep, or waking up after a short period of time? Yes / No
⑭-ⓐ	Has your child ever suffered from a major illness or physical trauma? (Infection, heart disease, blow to the head, broken bones, etc.) Yes / No
⑭-ⓑ	Name of sickness or injury:
⑭-ⓒ	Hospital name:
⑭-ⓓ	If your child is currently undergoing treatment or medical observation, have you consulted with your child's primary care physician about your child enrolling in nursery school? Yes / No
⑮-ⓐ	Has your child ever had seizures or convulsions? Yes / No
⑮-ⓑ	(　times at　year　months of age, when temperature was　°C)
⑮-ⓒ	Medications: No / Yes (Name:　)
⑯-ⓐ	Is your child currently receiving treatment or advice regarding development, chronic illnesses, or the like? Yes / No
⑯-ⓑ	Illness/disability name:
⑯-ⓒ	Hospital/facility name:
⑯-ⓓ	Current state:　Cured　Ongoing hospital or clinic visitation　Under medical observation Taking medication:　No　Yes (　time(s) / day)
⑯-ⓔ	Have you consulted with your child's primary care physician or an advisor about your child enrolling in nursery school? Yes / No
⑰-ⓐ	Does your child have a disability handbook or *Ai-no-Techo* (Handbook for the Mentally Disabled)? Yes / No
⑰-ⓑ	If your response was "Yes," please fill in the following information: 1. Handbook name: _____

	2. Grade: ___, level: ___
⑱-ⓐ	1. Has your child ever been diagnosed with atopy or allergies? Yes* / No
⑱-ⓑ	*If Yes: [Allergy test results →□Available　□Not available
⑱-ⓒ	2. Food restrictions □Eggs　□Wheat　□Dairy　□Other (　) (While each facility does its best to accommodate food restrictions, you may be asked to prepare a lunch for your child to bring.)
⑱-ⓓ	3. Other □Asthma　□Atopic dermatitis　□Allergic rhinitis (hay fever)　□Allergic conjunctivitis (hay fever)　□Other (　)
⑱-ⓔ	Please write down any symptoms below.
⑱-ⓕ	4. Has a physician approved the use of an epinephrine autoinjector for your child?
⑱-ⓖ	Yes At　years of age
⑱-ⓗ	No
⑲	Please write down any foods your child cannot eat for religious reasons. (Your child may be asked to bring lunch from home.)
⑳-ⓐ	Does your child wear any corrective gear (eyeglasses, hearing aid, contact lenses, medical helmets, etc.)? Yes / No
⑳-ⓑ	If Yes → Type of gear:
⑳-ⓒ	Actual state of vision, hearing, etc., things you would like consideration accorded to throughout the day, etc.
㉑	Write down any other specific concerns you have about your child's health, development, etc. in regard to enrolling in a nursery school below. Note: If you have a written diagnosis, opinion, instructions, or other document from a physician, please submit a copy.
Ⓕ	◎ Fill in the following items to the extent possible by referring to your Mother and Child Health Handbook and other documents.
㉒	Situation at birth → (Normal, C-section, Vacuum extraction, Neonatal asphyxia, Unknown)
㉓	Height and weight at birth:　cm,　g
㉔	Born during the　th week of pregnancy / Unknown
Ⓖ	◎ Complete the section below if you are applying for the class for newborns to one year of age
㉕-ⓐ	Progress of baby food
㉕-ⓑ	□Has not started　□Early stage　□Middle stage　□Late stage　□Infant food
㉖	Can your child drink baby milk/infant formula? Yes / Only breast milk
Ⓗ	Health checkups
Ⓘ	Health Checkup for Three- to Four-Month-Olds
Ⓙ	Health Checkup for Six- to Seven-Month-Olds
Ⓚ	Health Checkup for Nine- to Ten-Month-Olds
Ⓛ	Health Checkup for Eighteen-Month Olds
Ⓜ	Health Checkup for Three-Year-Olds
Ⓝ	Healthy / Requiring observation / Not examined
Ⓞ	(1) If your child has any disabilities, illnesses, developmental delays, or other concerns, please describe them in detail on the Child Status Form. Any information you submit will be used to ensure your child's safety and to provide you with information on nursery schools that have the proper support systems. Depending on the admission status of the nursery school being applied to and other factors, we might make adjustments in terms of the enrollment school and timing. (2) Regarding your child's development and health status, we might inquire with relevant agencies, etc. to verify the necessary support for your child and the admission-system safety. (3) To provide appropriate childcare and advice, staff members of the child development consultation center or the like may observe your child's condition after he/she enters nursery school.
Ⓟ	I agree to the above statements (1) to (3) and have verified that the information therein is correct. Parent/guardian's signature: