

※お子さん1人につき1枚必要です。

フリガナ
名前

1	首がすわったのはいつ頃ですか	() か月頃・未		18	アトピー・アレルギーの診断を受けていますか	ある※	ない			
2	歩き始め(一人歩き)はいつ頃ですか	() か月頃・未			※あると答えた人【アレルギー検査結果→ <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない】					
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			●制限する食品等 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> 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。)					
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		●その他 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎(花粉症) <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎(花粉症) <input type="checkbox"/> その他《 》					
5	目(視線)を合わせますか	よく合う	合いにくい		▼症状などを記載してください▼					
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	簡単な指示(おいで・まってね・だめよ等)を理解できますか	はい	いいえ							
8	指さして意思を伝えようとしますか	はい	いいえ							
9	友達と一緒にいることを喜びますか	はい	いいえ							
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		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 ()歳ごろ 受けていない					
11	限られたことだけにこだわるがありますか(数字・図形・遊び・食べ物)	はい	いいえ	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。)					
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	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	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			
14	過去に大きな病気や外傷がありましたか(感染症・心臓疾患・頭部強打・骨折など)	はい	いいえ		あると答えた人→着用装具 ()					
	傷病名 ()									
	病院名 ()									
15	治療中・経過観察中の入園児に主治医に相談していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
	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	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、以下にご記入ください。					
	(歳 ヶ月の時に体温 度で 回くらい)									
服薬 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(種類)										
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 ()									
17	現在の状況 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 通院・通所継続 <input type="checkbox"/> 経過観察 服薬 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
	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→手帳名・級・度										
◎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				生まれた時の状況→(正常・帝王切開・吸引・仮死・不明)						
23				生まれたときの身長・体重→身長()cm 体重()g						
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				離乳食の進み具合について <input type="checkbox"/> 開始していない <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 幼児食						
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	

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

児童状況票の書き方

児童状況票

※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。

発達の様子・病歴

1	首がすわったのはいつ頃ですか	() か月頃・未
2	歩き始め	・未
3	意味のある話し始め	・未
4	声をかけ見ようと	いいえ
5	目(視線)を合わせますか	よく合う 合いにくい
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	簡単な指示(おいで・まわってね・だめよ等)を理解できますか	はい いいえ
8	指さして意思を伝えようとしていますか	はい いいえ
9	友達と	
10	突然、かみつき	
11	眠れず	
12	か(数)人に	
13	嫌がる	
14	睡眠が	
15	でお	
16	過去に	
17	(感染症・心臓疾患・頭部強打・骨折など)	
18	傷病名 ()	
19	病院名 ()	
20	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
21	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
22	()	
23	服薬	
24	現在	
25	通院	
26	病名	
27	病院	
28	現在	
29	服薬	□ない □ある(1日)
30	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
31	障害者手帳又は愛の手帳を持っていますか	はい いいえ
32	はいと答えた人→手帳名・級・度	

2人以上申込みをする場合は、
お子さんの人数分ご用意ください。
※No1～13は
もれなく記入してください。

14.「はい」と答えた人は、
傷病名・病院名・空欄にそのときの状況
をご記入ください。

例) ○○切除術のため、○年○月○日～
○年○月○日まで入院。その後、○年○月
まで月一回経過観察のため通院。○年○月
完治。

16.「はい」と答えた人は、
**病名(障がい名)、病院名(施設名)など
現在の状況**をご記入ください。

例) 毎週水曜日に○○療育施設に通所
○時～○時

年 月 日現在 歳 か月

フリガナ 名前		
18.「ある」と答えた人は、アレルギー、アトピーの内容についてご記入ください。 空欄には症状についてご記入ください。 ※お子さんを安全にお預かりするために必要な情報となりますので必ずご記入ください。 例) じんましん、かゆみ、嘔吐など		
▼症状などを記載してください▼		
エビ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. 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。)		
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→着用装具 ()		
20.「ある」と答えた人は、用途や着用頻度などの内容についてご記入ください。 例) 頭の形の矯正のため、ヘルメットを着用。○歳ぐらゐまで、1日○時間着用するよう医師から指示されている。 ※お子さんの年齢や、装具の種類によっては保育園で着用できない場合があります。		
○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. 生まれた時の状況→(正常・帝王切開・吸引・仮死・不明)		
23. 生まれたときの身長・体重→身長()cm 体重()g		
24. 生まれたのは妊娠()週目・不明		
※入園前に哺乳瓶を使用できるよう練習してください。		
26. ミルク(人工乳)は飲みますか	はい	母乳のみ
健康診査		
3～4か月児健診	6～7か月児健診	9～10か月児健診
健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診
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	

※障がいや疾病、発達の遅れなど、気になることがあるお子さんについては、利用申込みされた保育園の状況により、入園する園や入園時期を調整させて頂くことがあります。医師の診断書(指示書)意見書等をお持ちの場合は写しを提出してください。

※お子さんの発達・健康状況について、関係機関・転園元の保育園・通院通所施設へ問い合わせをさせていただく場合があります。

※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※印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