

児童状況申告書

申請児童名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日
 電話番号（優先連絡先）： _____

該当するものにチェックし、記入してください。

現在、利用している保育施設はありますか。		
→ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 認可保育所・特定地域型保育事業 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時保育・定期利用 <input type="checkbox"/> 幼稚園		
→ 名称 _____	年齢制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 歳クラス）	
住所 _____	利用料金 月額 _____ 円	
利用開始日 _____ 年 月 日から	利用日数 週 _____ 日	
→ <input type="checkbox"/> なし・家庭保育中		
発育・発達	出生時 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	
	身長・体重 出生時（ _____ cm、 _____ g） 現在（ _____ cm、 _____ kg）	
	発育・発達で気になる症状※1 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 例：低身長、低体重、発語、歩行、運動、食事、手先が不器用など	
	障害者手帳や愛の手帳の所持※2 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中（手帳名 _____、 級 _____ 度） <input type="checkbox"/> あり（手帳名： _____（写しを提出））	
	医療的ケアの必要性※3 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →（具体内容 _____）	
	※1・※2・※3のいずれかに「あり」とチェックされた場合、ご記入ください。	
	集団保育の可否 <input type="checkbox"/> 保育園での集団保育は可能と主治医に確認している。 <input type="checkbox"/> 主治医に確認していない。	
	通院施設 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（施設名： _____） →通院頻度（ _____ 回/年、 _____ 回/月、 _____ 回/週）	
	病歴・アレルギー等	アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →（具体的な症状 _____）
		喘息 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →（具体的な症状 _____）
熱性けいれん・ひきつけ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →初回発症時期 _____ 年 月 ・直近発症時期 _____ 年 月 →これまでの発症回数 _____ 回 → 服薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬名 _____）		
その他治療中・経過観察中の病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →病名・症状（ _____） →発症時期 _____ 年 月 ・完治時期 _____ 年 月 →現在の状況 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 完治 →通院頻度（ _____ 回/年、 _____ 回/月、 _____ 回/週） →常用薬の服用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬名 _____） →手術予定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ 年 月）		
食物アレルギー・除去食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり →制限する食品等に○ 卵・乳・小麦・大豆・そば・その他（ _____） →症状に○ じんましん・嘔吐・下痢・腹痛・喘息発作 その他（ _____） →エピペン利用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →常用薬の服用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬名 _____） （服薬頻度 _____ 回/日 朝・昼・夜）		
健康診査		
3～4か月児健診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察・指摘有 <input type="checkbox"/> 未受診		
1歳6か月児健診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察・指摘有 <input type="checkbox"/> 未受診		
3歳児健診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察・指摘有 <input type="checkbox"/> 未受診		
要観察・指摘有の具体的内容を記入		

利用希望施設での特別支援保育の利用を希望しますか	はい ・ いいえ
--------------------------	----------

- ・本申告書の内容を保育課及び保育施設（事業）にて使用します。
- ・本申告書に関連し、集団保育が可能か心配な場合は、申請前に希望する保育施設(事業)にご相談ください。
- ・食物アレルギーや除去食の対応については、申請前に希望する保育施設(事業)へご確認ください。
- ・「発育・発達」や「病歴」に関しては、申請前に希望する保育施設(事業)へ見学・相談をしてください。
- ・本申告書の記入内容に記入漏れや偽り等があった場合、入園申請及び入園を無効（退園）とします。

_____ 年 月 日
 上記に同意の上、申請します。 申請者（保護者）名 _____