

# 記入例

## 子どもの状況票(0・1・2歳児)

※利用日時点で、0・1・2歳児対象

※安全・安心な保育を実施するため、お子さんの健康や発育・発達の状態を確認させていただくものです。全ての項目について、記入漏れのないように記入してください。  
 ※記入内容については、市の担当者より詳細を確認させていただく場合があります。

◆利用が決定した際には、記載された事項を入所（内定）施設に情報提供します。また、必要に応じて確認した事項についても情報提供することがあります。

記入日 令和〇年 〇月 〇日

上記内容に同意します。

保護者氏名 堺 市太郎 続柄 (父) 母・( )

児童名	堺 利晶 (男)・女)		出産時の状況
生年月日	令和〇年 〇月 〇日生 ( 〇歳 〇か月)		
現在の身長	( 〇〇 ) cm	現在の体重 ( 〇〇 ) kg	
<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 在胎期間 ( 40 ) 週 出生体重 ( 3,085 ) g			

### ◆保健センターでの乳幼児健診を受診しましたか

受診した健診に☑をつけ、身体発育やことばの発達面などについて、説明等を受けたことがあれば下欄に記入してください

<input checked="" type="checkbox"/> 4か月児健診	説明の内容 ( )
<input checked="" type="checkbox"/> 1歳6か月児健診	説明の内容 (ことばの発達が少しゆっくりなため、半年後の経過を確認する)
<input type="checkbox"/> 未受診	( 年 月 日に健診予定)

### ◆【健康状態について】あてはまる回答に○をつけ、該当する場合は ( ) に記入してください

1 疾患はありますか または、ありましたか  (心臓、腎臓、呼吸器、肝臓、膀胱又は直腸、小腸などの内臓機能、視力、聴力、筋力などの身体機能、骨や血液の疾患、てんかん など)	いいえ (はい)	⇒ 病名 ( 心室中隔欠損 ) 医療機関名 ( 〇〇病院 ) 生活制限 (無)・有 / 運動制限・食事制限・その他制限 疾患の状態 (治療中・経過観察のみ)・治癒 ) 通院頻度 ( ) 週・( 6 ) か月・( ) 年 に1回 次の受診予定日 ( 令和〇年 〇月 〇日頃 ) 手術予定 (無)・有)・手術済 / 令和 年 月 頃
2 リハビリ(訓練)を受けていますか	(いいえ)	ある ⇒ リハビリ(訓練)機関名・医療機関名 ( )
3 お薬を飲んでいますか	(いいえ)	はい ⇒ 薬名 ( ) ( 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 随時 )
4 医療的ケアが必要ですか	(いいえ)	はい ⇒ 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう)・喀痰吸引 酸素療法・導尿・血糖測定・インスリン投与 人工肛門(ストーマ)・その他 ( )
5 食物アレルギーやアトピー性皮膚炎等 はありますか	ない (ある)	⇒ 除去食品の必要(無)・有)内容 卵 ) 症状(アナフィラキシー・湿疹・じんま疹・ぜんそく・かゆみ) 対応(エピペン)・薬)・病院受診・その他( )

\*疾患の状態によっては、別途「疾患を有する児童の主治医意見書」の提出が必要となります。

※裏面にも記入してください

◆【発育・発達について】 あてはまる回答に○をつけ、該当する場合は（ ）に記入又は☑をつけてください		
1 首がすわっている	<input checked="" type="radio"/> はい ( 4か月)	いいえ
2 寝返りをする	<input checked="" type="radio"/> はい ( 5か月)	いいえ
3 ひとりでおすわりしてあそぶ	<input checked="" type="radio"/> はい ( 9か月)	いいえ
4 ひとりで5メートル以上歩く	<input checked="" type="radio"/> はい	いいえ ⇒ <input type="checkbox"/> はいはいで移動する <input type="checkbox"/> つたい歩きで移動する
5 簡単な指示がわかる (おいで、ちょうだいなど)	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
6 大人に気持ちを伝えようとする	<input checked="" type="radio"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 指さし <input type="checkbox"/> ことば	いいえ
7 単語で話す (マンマ、プープーなど)	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
8 2語文で話す (わんわん きたなど)	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
9 発育・発達について 心配なことがありますか	ない	<input checked="" type="checkbox"/> 食事が進まない ( 食べない、 <input checked="" type="radio"/> 偏食がある ) <input checked="" type="checkbox"/> ことばの発達がゆっくり <input checked="" type="checkbox"/> 発達の相談を受けたことがある <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( <u>下記欄に記入してください</u> )
10 障害者手帳や手当等を受けている場合は、 ☑をつけ、等級を記入してください		<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 ( ) 級 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( ) 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( ) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( ) 級

\*上記の10の項目に該当する場合は、別途、手帳の写し等が必要となります。

◆児童の発育・発達について気になることや心配なこと、健康状態について日常的に配慮していることなどがあれば、記入してください	
◆保育施設を利用するにあたり、利用に関する相談を希望したい場合は、各区子育て支援課へご相談ください	
補足事項や気になること、心配なことなどについて記入してください	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>ことばの発達がゆっくりなことが気になっています。 食事の好き嫌いがあり、ことばがけにスムーズに動いてくれなかったりして、困ることがあります。</p> </div>	