

# 記入例

## こどもの状況票（0・1・2 歳児）

※利用日時時点で、0・1・2歳児対象

※安全・安心な保育を実施するため、現在の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。

◆利用調整にあたり、市の担当者がお子さんの健康や発育・発達の状態などについて、必要な範囲で市の関係機関へ問い合わせや情報共有することがあります。  
 ◆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、保護者に確認した事項についても、必要に応じて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                 |       | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 |  | 出産<br>の<br>状態 | ・妊娠期間（39）週（5）日<br>・分娩方法<br><input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 帝王切開<br><input type="checkbox"/> その他（ ）<br>・出生体重（3,085）g |
| 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                                                   |  |               |                                                                                                                                                     |

### ◆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、説明や助言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・助言の内容（ ）                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1歳6か月児健診 | 説明・助言の内容（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】 現在の状態について、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<br>（疑いにて経過観察中を含む）<br>または、ありましたか<br><br><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、内分泌・代謝性等の疾患、てんかん など> | いいえ                                  | はい <div>経過観察中を含む</div> ⇒ 病名（ 心室中隔欠損 ）<br>医療機関名（ 〇〇病院 ）<br>生活制限 <input checked="" type="radio"/> 無・有 / 運動制限・食事制限・その他制限<br>⇒ 疾患の状態（治療中・検査中・経過観察のみ・治癒）<br>通院頻度（ ）週・（6）か月・（ ）年 に1回<br>次の受診予定日（ 令和〇 年 〇 月 〇 日頃）<br>手術予定 <input checked="" type="radio"/> 無・有・手術済 / 令和 年 月 頃 |
| 2 お薬を飲んでいますか                                                                                                               | <input checked="" type="radio"/> いいえ | はい ⇒ 薬名（ ）<br>（ 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 随時 ）                                                                                                                                                                                                                                       |
| 3 医療的ケアが必要ですか                                                                                                              | <input checked="" type="radio"/> いいえ | はい ⇒ 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）・喀痰吸引<br>酸素療法・導尿・血糖測定・インスリン投与<br>人工肛門（ストーマ）・その他（ ）                                                                                                                                                                                                |
| 4 食物アレルギーやアトピー性皮膚炎等がありますか                                                                                                  | ない <div>ある</div>                     | ⇒ 除去食品の必要（無・有）内容 <input checked="" type="radio"/> 卵<br>食物・食材を扱う活動制限（無）有 / 内容<br>⇒ コンタミネーションで症状を引き起こす可能性（無・有）<br>症状（アナフィラキシー・湿疹・じんま疹・咳・かゆみ・嘔吐・その他）<br>対応（エビペン・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<br>( 4 か月 )                                                                                                                      | いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 2 寝返りをする                                           | <input checked="" type="radio"/> はい<br>( 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<br>( 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<br><input type="checkbox"/> つたい歩きで移動する                                                                                                                                                                                               |
| 5 簡単な指示がわかる<br>(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<br><input checked="" type="checkbox"/> 指さし<br><input type="checkbox"/> ことば                                                       | いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 7 単語で話す<br>(マンマ、ブーブーなど)                            | はい                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="radio"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                                          |
| 8 2語文で話す<br>(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<br>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 )<br><input checked="" type="radio"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> ことばの発達がゆっくり<br><input type="checkbox"/> 発達の相談を受けたことがある<br><input type="checkbox"/> その他 ( <u>下記欄に記入してください</u> ) |
| 10 リハビリ(訓練)を受けていますか                                | <input checked="" type="radio"/> いいえ                                                                                                                                 | ある ⇒ <u>リハビリ(訓練)機関名・医療機関名や事業所名</u><br>( )                                                                                                                                                                                                                                     |
| 11 障害者手帳や手当等を受けている場合は、<br>☑をつけ、等級を記入してください         | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( ) 級<br><input type="checkbox"/> 療育手帳 ( )<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( ) 級<br><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 ( ) 級 |                                                                                                                                                                                                                                                                               |

\*上記の11の項目に該当する場合は、別途、手帳の写し等の提出が必要となります。

|                                                                                                                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ◆お子さんの発育・発達について気になることや心配なこと、健康・食事面などについて日常的に配慮していること、質問項目について補足したい事項などがあれば、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                                                                                                            |  |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px;"> <p>ことばの発達がゆっくりなことが気になっています。<br/>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> |  |

\* 健康状態に関する記載内容が事実と異なっていた場合や、申請後の病状変化について連絡がなかった場合、利用決定された施設の利用が難しくなる場合があります。

\* 本申請後、お子さんの健康状態等に変化があった場合は、第1希望施設が所在する区子育て支援課までご連絡ください。