

こどもの状況票（3・4・5 歳児） ※利用日時点で、3・4・5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 年 月 日

☐ 上記内容に同意します。

保護者氏名_____ 続柄：父・母・（ ）

児童名	(男・女)			出産 の 状態	・妊娠期間 () 週 () 日 ・分娩方法 ☐ 普通 ☐ 帝王切開 ☐ その他 () ・出生体重 () g
生年月日	年	月	日生 (歳 か月)		
現在の身長	() cm	現在の体重	() 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

☐ 4か月児健診	説明・助言の内容（ ）
☐ 1歳6か月児健診	説明・助言の内容（ ）
☐ 3歳児健診	説明・助言の内容（ ）
☐ 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 (疑いにて経過観察中を含む) 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、内分泌・代謝性等の疾患、てんかん など>	はい いいえ	経過観察中を含む ⇒ 病名 () 医療機関名 () 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・検査中・経過観察のみ・治癒) 通院頻度 () 週・() か月・() 年 に1回 次の受診予定日 () 年 () 月 () 日頃 手術予定 (無・有)・手術済 / 令和 () 年 () 月 () 頃
2 お薬を飲んでいますか	いいえ	はい ⇒ 薬名 () (朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 随時)
3 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 ()
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	ある ⇒ 除去食品の必要(無・有 / 内容) 食物・食材を扱う活動制限(無・有 / 内容) ⇒ コンタミネーションで症状を引き起こす可能性(無・有) 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) 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 食事：箸やスプーンを使い、自分で食べることができる	はい	いいえ ⇒	☐ 手づかみで食べる ☐ 大人が食べさせる
2 排泄：トイレで自分でできる（ほぼ自立している）	はい	いいえ ⇒	☐ 出る前に知らせるが手助けが必要 ☐ オムツを使用 ☐ 出た後に知らせる（ 小便・大便 ）
3 衣服の着脱：自分でできる	はい	いいえ ⇒	☐ 部分的に大人の手助けが必要 ☐ すべて大人の手助けが必要
4 歩いたり、走ったりする	はい	いいえ ⇒	☐ 1人で歩くが不安定 ☐ はいはいやつたい歩きで移動する
5 2語文以上で会話ができる（「〇〇、ちょうだい」など）	はい	いいえ	
6 ことばで自分の要求を表せる	はい	いいえ	
7 簡単な指示に応じることができる（「〇〇とってきて」など）	はい	いいえ	
8 発育・発達について心配なことがありますか	ない	ある ⇒	☐ 食事が進まない（ 食べない・偏食がある ） ☐ ことばの発達がゆっくり ☐ 発達全般がゆっくり ☐ 発達の相談を受けたことがある ☐ その他（ <u>下記欄に記入してください</u> ）
9 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・医療機関名や事業所名 （ ）
10 医療機関や療育施設等で、発達検査や障害の診断を受けていたり、療育教室（児童発達支援・児童デイサービス）に通所の経験がある場合は、☑をつけ、（ ）に記入してください			☐ 発達検査を受けたことがある（直近 年 月頃） ☐ 障害の診断を受けている（診断名 ） ☐ 療育教室（児童発達支援・児童デイサービス）に通所した （ 年 月～ 年 月まで・現在も通所中 ）
11 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			☐ 身体障害者手帳（ ）級 ☐ 療育手帳（ ） ☐ 精神障害者保健福祉手帳（ ）級 ☐ 特別児童扶養手当（ ）級

*上記の10及び11の項目に該当する場合は、別途、確認書類や手帳の写し等の提出が必要となる場合があります。

◆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	
[]	

* 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。