

# 児童状況申告書

申請児童名： \_\_\_\_\_ 第 子 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日（ 歳 か月）  
 住所： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_

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																																								
→	<table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td>年齢制限</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有（ 歳クラス）</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>利用料金</td> <td>月額 _____ 円</td> </tr> <tr> <td>利用開始日</td> <td>年 月 日から</td> <td>利用日数 _____ 週 _____ 日</td> </tr> </table>	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																														
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	<table border="1"> <tr> <td>出生時</td> <td><input type="checkbox"/>異常なし <input type="checkbox"/>異常あり</td> </tr> <tr> <td>身長・体重</td> <td>出生時（ _____ cm、 _____ kg） 現在（ _____ cm、 _____ kg）</td> </tr> <tr> <td>発育・発達で気になる症状※1</td> <td><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</td> </tr> <tr> <td>障害者手帳や愛の手帳の所持※2</td> <td><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））</td> </tr> <tr> <td>医療的ケアの必要性※3</td> <td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり →（具体内容 _____）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">※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。</td> </tr> <tr> <td> <table border="1"> <tr> <td>集団保育の可否</td> <td><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。</td> </tr> <tr> <td>通院施設</td> <td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（施設名： _____ →通院頻度（ _____ 回/年、 _____ 回/月、 _____ 回/週）</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td rowspan="5">病歴・アレルギー等</td> <td> <table border="1"> <tr> <td>アトピー性皮膚炎</td> <td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり →（具体の症状 _____）</td> </tr> <tr> <td>喘息</td> <td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり →（具体の症状 _____）</td> </tr> <tr> <td>熱性けいれん・ひきつけ</td> <td><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 _____）</td> </tr> <tr> <td>その他治療中・経過観察中の病気</td> <td><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）</td> </tr> <tr> <td>食物アレルギー・除去食</td> <td><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）</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td rowspan="4">健康診査</td> <td> <table border="1"> <tr> <td>3～4か月児健診</td> <td><input type="checkbox"/>健康 <input type="checkbox"/>要観察・指摘有 <input type="checkbox"/>未受診</td> </tr> <tr> <td>1歳6か月児健診</td> <td><input type="checkbox"/>健康 <input type="checkbox"/>要観察・指摘有 <input type="checkbox"/>未受診</td> </tr> <tr> <td>3歳児健診</td> <td><input type="checkbox"/>健康 <input type="checkbox"/>要観察・指摘有 <input type="checkbox"/>未受診</td> </tr> <tr> <td colspan="2">要観察・指摘有の具体的内容を記入</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	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、 _____ kg） 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。		<table border="1"> <tr> <td>集団保育の可否</td> <td><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。</td> </tr> <tr> <td>通院施設</td> <td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（施設名： _____ →通院頻度（ _____ 回/年、 _____ 回/月、 _____ 回/週）</td> </tr> </table>	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	<table border="1"> <tr> <td>アトピー性皮膚炎</td> <td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり →（具体の症状 _____）</td> </tr> <tr> <td>喘息</td> <td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり →（具体の症状 _____）</td> </tr> <tr> <td>熱性けいれん・ひきつけ</td> <td><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 _____）</td> </tr> <tr> <td>その他治療中・経過観察中の病気</td> <td><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）</td> </tr> <tr> <td>食物アレルギー・除去食</td> <td><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）</td> </tr> </table>	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →（具体の症状 _____）	喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →（具体の症状 _____）	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	<table border="1"> <tr> <td>3～4か月児健診</td> <td><input type="checkbox"/>健康 <input type="checkbox"/>要観察・指摘有 <input type="checkbox"/>未受診</td> </tr> <tr> <td>1歳6か月児健診</td> <td><input type="checkbox"/>健康 <input type="checkbox"/>要観察・指摘有 <input type="checkbox"/>未受診</td> </tr> <tr> <td>3歳児健診</td> <td><input type="checkbox"/>健康 <input type="checkbox"/>要観察・指摘有 <input type="checkbox"/>未受診</td> </tr> <tr> <td colspan="2">要観察・指摘有の具体的内容を記入</td> </tr> </table>	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	
	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、 _____ kg） 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。																																								
<table border="1"> <tr> <td>集団保育の可否</td> <td><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。</td> </tr> <tr> <td>通院施設</td> <td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（施設名： _____ →通院頻度（ _____ 回/年、 _____ 回/月、 _____ 回/週）</td> </tr> </table>	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）																																				
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	<table border="1"> <tr> <td>アトピー性皮膚炎</td> <td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり →（具体の症状 _____）</td> </tr> <tr> <td>喘息</td> <td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり →（具体の症状 _____）</td> </tr> <tr> <td>熱性けいれん・ひきつけ</td> <td><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 _____）</td> </tr> <tr> <td>その他治療中・経過観察中の病気</td> <td><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）</td> </tr> <tr> <td>食物アレルギー・除去食</td> <td><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）</td> </tr> </table>	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →（具体の症状 _____）	喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →（具体の症状 _____）	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）																													
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →（具体の症状 _____）																																						
	喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →（具体の症状 _____）																																						
	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	<table border="1"> <tr> <td>3～4か月児健診</td> <td><input type="checkbox"/>健康 <input type="checkbox"/>要観察・指摘有 <input type="checkbox"/>未受診</td> </tr> <tr> <td>1歳6か月児健診</td> <td><input type="checkbox"/>健康 <input type="checkbox"/>要観察・指摘有 <input type="checkbox"/>未受診</td> </tr> <tr> <td>3歳児健診</td> <td><input type="checkbox"/>健康 <input type="checkbox"/>要観察・指摘有 <input type="checkbox"/>未受診</td> </tr> <tr> <td colspan="2">要観察・指摘有の具体的内容を記入</td> </tr> </table>	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																																
	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で使用することに同意します。
- ・本申告書に関連し、集団保育が可能か心配な場合は、申請前に入所を希望する園に相談してください。
- ・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。
- ・特別支援保育を希望せず、内定後に発達の遅れ等が確認された場合、入園が取消になる場合があります。

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