

児童状況申告書

申請児童名：

生年月日： 年 月 日

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。		
→ ☐ あり ☐ 認可保育所・特定地域型保育事業 ☐ 認可外保育施設 ☐ 一時保育・定期利用 ☐ 幼稚園		
→ 名称	所在自治体（ ） 年齢制限 ☐ 無 ☐ 有（ 歳クラス）	
利用開始日 年 月 日から	利用日数 週 日	
→ ☐ なし・家庭保育中		
発 育 ・ 発 達	出生時 ☐ 異常なし ☐ 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 ☐ なし ☐ 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 ☐ なし ☐ 申請中（手帳名、 級 度） ☐ あり（手帳名： （写しを提出。）	
	医療的ケアの必要性※3 ☐ なし ☐ あり →（具体的内容）	
	※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。	
病 歴 ・ ア レ ル ギ ー 等	集団保育の可否 ☐ 保育園での集団保育は可能と主治医に確認している。 ☐ 主治医に確認していない。	
	通院施設 ☐ なし ☐ あり（施設名： →通院頻度（ 回/年、 回/月、 回/週）	
	アトピー性皮膚炎 ☐ なし ☐ あり →（具体的な症状）	
	喘息 ☐ なし ☐ あり →（具体的な症状）	
	熱性けいれん・ひきつけ ☐ なし ☐ 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 ☐ なし ☐ あり（薬名）	
	その他治療中・経過観察中の病気 ☐ なし ☐ あり →病名・症状（ 年 月 ・完治時期 年 月 →現在の状況 ☐ 治療継続中 ☐ 経過観察中 ☐ 完治 →通院頻度（ 回/年、 回/月、 回/週） →常用薬の服用 ☐ なし ☐ あり（薬名） →手術予定 ☐ なし ☐ あり（ 年 月）	
	食物アレルギー ☐ なし ☐ 不明 ☐ あり →制限する食材等に○ 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 ☐ なし ☐ あり（薬名） →常用薬の服用 ☐ なし ☐ あり（薬名） （服薬頻度 回/日 朝・昼・夜）	
	その他除去を希望する食材の有無 ☐ なし ☐ あり →該当する食材等に○ 牛肉・豚肉・鶏肉・酒・その他（ ）	
	健 康 診 査	3～4か月児健診 ☐ 健康 ☐ 要観察・指摘有 ☐ 未受診
		1歳6か月児健診 ☐ 健康 ☐ 要観察・指摘有 ☐ 未受診
3歳児健診 ☐ 健康 ☐ 要観察・指摘有 ☐ 未受診		
要観察・指摘有の具体的な内容を記入		

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。
- ・食物アレルギーや宗教食の対応の可否については、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。
- ・本申告書に記入漏れや偽り等があった場合、入園申請及び入園が無効（退園）と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）名