（小金井市保育課☎042-387-9846）

児童状況申告書（表）

申請児童名		生年月日	年　月　日
優先連絡先	（続柄　）		

該当するものにチェックし、記入してください。

保育状況	
	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　□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

発達・発育			
出生時の状況			□異常なし　□異常あり（　） 身長　cm　体重　g
	①発育・発達で気になる症状 例）低身長、低体重、発語、歩行、運動、食事、手先が不器用等		□なし　□あり（以下をご記入ください。）
		診断名	
		具体的な症状	
	②障害者手帳や愛の手帳の所持		□なし　□あり　※手帳の写しをご提出ください。 →手帳名（　級　度）
	③医療的ケアの必要性		□なし　□あり →具体的な内容（　）
	①、②、③で「あり」に該当する方は以下もご回答ください		
	通院施設 （病院や療育施設等）		□なし　□あり →（施設名：　） →通院頻度（　回/年、　回/月、　回/週） →（施設名：　） →通院頻度（　回/年、　回/月、　回/週）
	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。
	主治医から指示や配慮等がある場合はご記入ください		

病歴・アレルギー等		
	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（　） →発症時期　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　□あり　□不明 →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 →常用薬の服用　□なし □あり　（ 薬名　） （ 服薬頻度　回/日　朝・昼・夜 ）
	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（　）

裏面もご記入ください。

児童状況申告書（裏）

健康状況	現在の身長・体重	身長	cm	体重	kg
	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・指摘有の具体の内容を記入				

発達状況	**1～5はすべての方がご回答ください。**			
	1	首がすわった時期	（　　）か月頃	□まだ
	2	寝返りをした時期	（　　）か月頃	□まだ
	3	ひとり座りができるようになった時期	（　　）か月頃	□まだ
	4	ハイハイができるようになった時期	（　　）か月頃	□まだ
	5	つかまり立ちができるようになった時期	（　　）か月頃	□まだ
	6～11は0歳児クラス・1歳児クラスの児童の場合にご回答ください。			
	6	声をかけるとそちらを見ますか	□はい	□いいえ
	7	普段一緒にいる人が見えなくなったときに探したり泣いたりしますか	□はい	□いいえ
	8	簡単な言葉（おいで、ちょうだいなど）がわかりますか	□はい	□いいえ
	9	意味のある言葉（ママ、ワンワンなど）をいくつか話しますか	□はい	□いいえ
	10	スプーンやフォークを使って自分で食べようとしますか	□はい	□いいえ
	11	指さしで意思を伝えようとしますか	□はい	□いいえ
	12～17は2歳児クラス以上の児童の場合にご回答ください。			
	12	名前を呼ばれたら返事しますか（呼ばれたことがわかり反応しますか）	□はい	□いいえ
	13	意味のある単語（物の名称等）を話しますか	□はい	□いいえ
	14	ほかの子どもや周囲に関心を示しますか	□はい	□いいえ
	15	理由なく突然たたいたりかみついたり、奇声を上げたりしますか	□はい	□いいえ
	16	特定のものごとにこだわることがありますか（数字、図形、遊び、食べ物など）	□はい （具体例：　　）	□いいえ
	17	極端に嫌がることはありますか（人に触れられること、大きな音など）	□はい （具体例：　　）	□いいえ

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（※をご確認ください。）　□いいえ
※特別支援保育の実施は各保育施設により異なります。申請前に希望する保育施設にご相談ください。	

・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。
・入所が内定した後であっても、児童の健康状態や発達状況、記載のない疾患などが判明した場合、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**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保育課記載欄

日付	担当	申請者	メモ