

# 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 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有（ 歳クラス）</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>利用料金 月額 _____ 円</td> </tr> <tr> <td>利用開始日 _____ 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、 _____ g） 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></td> <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="4">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 →（具体的な症状 _____）</td> </tr> <tr> <td>喘息</td> <td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり →（具体的な症状 _____）</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> </table> </td> </tr> <tr> <td></td> <td> <table border="1"> <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・指摘有の具体的な内容を記入</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、 _____ g） 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 →（具体的な症状 _____）</td> </tr> <tr> <td>喘息</td> <td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり →（具体的な症状 _____）</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> </table>	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →（具体的な症状 _____）	喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →（具体的な症状 _____）	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）		<table border="1"> <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>	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・指摘有の具体的な内容を記入</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・指摘有の具体的な内容を記入	
	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、 _____ g） 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 →（具体的な症状 _____）</td> </tr> <tr> <td>喘息</td> <td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり →（具体的な症状 _____）</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> </table>	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →（具体的な症状 _____）	喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →（具体的な症状 _____）	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）																																		
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →（具体的な症状 _____）																																									
	喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →（具体的な症状 _____）																																									
	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）																																										
	<table border="1"> <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>	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）																																								
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・指摘有の具体的な内容を記入</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・指摘有の具体的な内容を記入																																			
	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。
- ・食物アレルギーや除去食の対応の可否については、申請前に入所を希望する園へ確認してください。
- ・「発育・発達」や「病歴」に関しては、申請前に希望園へ見学・相談をしてください。
- ・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。

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