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。
→□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	年齢制限　□無　□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	

→□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　→（具体の内容　　）
	※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。	
	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）
病歴・アレルギー等	アトピー性皮膚炎	□なし □あり　→（具体の症状　　）
	喘息	□なし □あり　→（具体の症状　　）
	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・除去食	□なし □不明 □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　□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）
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・指摘有の具体の内容を記入	

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