

子どもの状況票（3・4・5歳児）※利用希望日時点で3・4・5歳児対象

記入した内容は入所選考に反映するものではなく、安全に保育を実施するため、身体・発育状態を含めた健康状態を確認させていただくものです。
全ての項目について、記入漏れのないようにしてください。

利用が決定した際には、記載された事項を対象施設に情報提供することに同意します。

保護者氏名

記入日

年

月

日

続柄：父・母・（ ）

児 童 名	(男 ・ 女)			出産時の状況	☐ 普通
生 年 月 日	年 月 日 (歳 か月)				☐ 帝王切開
現在の身長	cm	現在の体重	kg		☐ その他 ()
					在胎期間 () 週
					体重 () g

保健センターでの乳幼児健診を受診しましたか

受診済の検診欄に☑をつけ、運動面や言葉の発達面などで指摘された事項があれば、記入してください

☐ 4か月健診での指摘事項

なし

あり

⇒

内容 ()

☐ 1歳6か月健診での指摘事項

なし

あり

⇒

内容 ()

☐ 2歳6か月健診での指摘事項

なし

あり

⇒

内容 ()

☐ 3歳6か月健診での指摘事項

なし

あり

⇒

内容 ()

☐ 未受診

→

次回

年

月

日に健診予定

【健康について】あてはまる回答に○をつけ、該当する場合は () に記入してください

1 病気はありますか
または、ありましたか

いいえ

はい

⇒

病名 ()
病院名 ()
病気の状態 (治療中 ・ 経過観察のみ ・ 治癒)
通院頻度 週 ・ か月 ・ 年 に1回
次の受診予定日 年 月 日頃
※手術予定など補足事項があれば裏面に記入してください

2 お薬を飲んでいますか

いいえ

はい

⇒

薬名 ()
投薬時期 (朝食・昼食・夕食・毎食) 前 ・ 後

3 医療的ケアが必要ですか

いいえ

はい

⇒

必要な医療行為に☑をしてください
☐ 経管栄養 ☐ 吸引 ☐ ネフライザー吸入
☐ 酸素吸入 ☐ 血糖測定 ☐ インスリン注入
☐ 導尿 ☐ 人工肛門・尿管皮膚ろうの装具交換
☐ コンタクトレンズ装着 ☐ その他 ()
※必要な医療行為について補足事項があれば裏面に記入してください

4 リハビリ（訓練）をしていますか

いいえ

はい

⇒

訓練機関名・医療機関名 ()

【身体・発育について】あてはまる回答に○をつけ、該当する場合は () に記入してください

1 服の着脱が自分でできる

はい

いいえ

⇒

☐ 部分的に大人の手助けが必要 ⇒ ()
☐ すべて大人の手助けが必要

2 歩いたり、走ったりする

はい

いいえ

⇒

☐ 一人で歩くが不安定
☐ はう、またはつたい歩きで移動する

3 排泄をトイレで自分でできる

はい

いいえ

⇒

☐ 知らせるが、手助けが必要 ☐ オムツを使用
☐ 出た後に知らせる (小便 ・ 大便)

4 2語以上で会話ができる
(「OO、ちょうだい」など)

はい

いいえ

5 ことばで自分の要求を表せる

はい

いいえ

6 簡単な指示に応じることができる
(「OOとってきて」など)

はい

いいえ

7 こだわり、かんしゃく、落ち着きのなさを感じたこと

ない

ある

⇒

感じている内容を記入してください
()

8 身体の発育・発達について心配なこと

ない

ある

⇒

「体重がふえにくい、ことばが遅い、専門施設で相談している」など、気になることがあれば、裏面に記入してください

9 お子さん自身が手帳・手当等を受けている場合は☑をつけ、等級を記入してください

☐ 特別児童扶養手当 級 ☐ 身体障がい者手帳 級
☐ 療育手帳 () ☐ 精神保健福祉手帳 級

※裏面につづきます

【健康について】の” 2お薬を飲んでますか” や” 3医療的ケアが必要ですか” の補足事項がある方や【身体・発育について】” 8身体の発育・発達について心配なこと” が「ある」と回答された方は、記入してください

表面【健康について】の” 3医療的ケアが必要ですか” が「はい」と回答された方や【身体・発育について】” 8身体の発育・発達について心配なこと” が「ある」と回答された方はご回答ください

10	集団保育が可能か医師等の診断を受けたことがあります ※3医療的ケアが必要ですか” が「はい」と回答された場合は、「集団保育」が可能である旨が記載された診断書が必要です。	ない	ある ⇒ 集団保育が	可能	困難	課題となる事項

【食事について】		あてはまる状況に☑をつけてください					
1	介助状況	食べることについて ☐ 食べさせてもらう ☐ 手伝いが必要 ☐ 手づかみで食べる ☐ お箸やスプーンを使って一人で食べる (お箸 ・ スプーン)					
		飲むことについて ☐ 自分でコップを持ち飲む ☐ 介助をしてコップで飲む ☐ 飲めない					
2	咀嚼の状況	☐ よくかむ ☐ かむ力が弱い ☐ かまずに飲み込む					
3	嚥下の状況	☐ 飲み込める ☐ 飲み込みにくいが (固形物・ドロドロ・水分) は飲み込める ☐ 飲み込めない ☐ その他 ()					
4	食事の量	☐ 常に一定量食べる ☐ 食が細い ☐ ムラがある (理由: メニュー ・ 体調					
		好きな食べ物 ()					
		苦手な食べ物 ()					
		苦手な食べ物は: ☐ はげませば食べられる ☐ はげましても食べれない ☐ その他 ()					
5		アレルギー除去食品の対応が必要ですか	ない	ある ⇒	☐ 卵 ☐ 牛乳 ☐ 小麦 ☐ えび ☐ かに ☐ そば ☐ くるみ ☐ 落花生 ☐ カシューナッツ ☐ 大豆 ☐ その他 ()		
6		5で” ある” を選択された方 調理において、どのような対応が必要ですか			☐ 完全除去 ☐ 少量であれば摂取可 ☐ 加熱すれば可 ☐ その他 ()		
7		5で” ある” を選択された方 どのような症状ですか			☐ アナフィラキシー ☐ かゆみ ☐ 湿疹 ☐ じんま疹 ☐ ぜんそく ☐ その他 ()		
8		5で” ある” を選択された方 どのような対応が必要ですか			☐ エピペンを処方 ☐ 薬を塗布 ☐ 薬を内服 ☐ 病院受診 ☐ その他 ()		

保育園等のアレルギー対応は、医師の指示にもとづき、集団給食の範囲内で行います。

除去食実施は、医師の意見書の提出が必要になりますので、ご協力をお願いします。

給食の調理は、他児と同一の調理室、同一の調理器具で行う場合もあります。

対応が難しい場合、お弁当持参をお願いすることがありますので、ご了承ください。

【食物アレルギーを除くアレルギーやアトピー性皮膚炎等について】						
1	症状はありますか	ない	ある ⇒	☐ 皮膚症状（発疹、じんま疹など） ☐ 消化器症状（下痢、嘔吐など） ☐ 呼吸器症状（咳、呼吸困難など） ☐ その他 ()		
2	1で” ある” を選択された方 原因を選択してください	☐ ダニ ☐ ハウスダスト ☐ 動物の毛 ()				
		☐ 花粉 () ☐ 原因不明 ☐ 未検査				
		☐ その他 ()				