

児童状況報告書

A①-2

※ 記入内容に相違がある場合、記入がない場合、配慮が必要にも関わらず受入確認していない場合は、内定取消しになることがあります。

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |   |                                                                                                   |    |      |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| 基本情報              | 児童氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 生年月日 |   | 令和9年4月1日時点                                                                                        | 性別 |      |
|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 令和   | 年 | 月                                                                                                 | 日  | ( )歳 |
| 現在の保育             | <input type="checkbox"/> 自宅で保育している【 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他( )】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |   |                                                                                                   |    |      |
|                   | <input type="checkbox"/> 職場に連れていって就労している（職場内の保育室は、「預けている」の「認可外保育施設」を選択してください。）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |   |                                                                                                   |    |      |
|                   | <input type="checkbox"/> 預けている【 <input type="checkbox"/> 認可保育園・認定こども園(2・3号利用) <input type="checkbox"/> 幼稚園・認定こども園(1号利用) <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> ベビーシッター】<br>施設名: 利用期間: 令和 年 月から令和 年 月まで(終期は確定している場合のみ)                                                                                                                                                                                                                                                       |      |   |                                                                                                   |    |      |
| 出生時               | ① 妊娠期間: 週 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |   | ② 出生体重: グラム                                                                                       |    |      |
|                   | ③ 出生後、1か月以内の状況であてはまるものにお答えください。<br><input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 保育器に入った <input type="checkbox"/> 熱がでた <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 身体が紫色になった                                                                                                                                                                                                                                     |      |   |                                                                                                   |    |      |
| 健診                | ① 3・4か月健診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 指摘あり※ <input type="checkbox"/> 未受診                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |   | ② 6・7か月健診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 指摘あり※ <input type="checkbox"/> 未受診 |    |      |
|                   | ③ 9・10か月健診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 指摘あり※ <input type="checkbox"/> 未受診                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |   | ④ 1歳半健診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 指摘あり※ <input type="checkbox"/> 未受診   |    |      |
|                   | ⑤ 3歳児健診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 指摘あり※ <input type="checkbox"/> 未受診                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |   |                                                                                                   |    |      |
| ※「指摘あり」の場合 (内容: ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |   |                                                                                                   |    |      |
| 発達の様子             | ① 首すわり【 か月頃】・ <input type="checkbox"/> 未                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |   | ② 寝返り【 か月頃】・ <input type="checkbox"/> 未                                                           |    |      |
|                   | ③ ハイハイ【 か月頃】・ <input type="checkbox"/> 未                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |   | ④ 歩行【 か月頃】・ <input type="checkbox"/> 未                                                            |    |      |
|                   | ⑤ ワンワン・ブーブーなど単語の話し始め【 か月頃】・ <input type="checkbox"/> 未                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |   | ⑥ 親と目が合いますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                             |    |      |
|                   | ⑦～⑩は1歳以上のお子さんのみ回答してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |   |                                                                                                   |    |      |
|                   | ⑦ 激しく叩いたり、噛み付いたり、奇声をあげたりしますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |   |                                                                                                   |    |      |
|                   | ⑧ 落ち着かないときが多いですか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |   |                                                                                                   |    |      |
|                   | ⑨ 高い所に上ったり、急に外に出たりしますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |   |                                                                                                   |    |      |
|                   | ⑩ 家族と日常の会話ができますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(喃語・単語) <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |   |                                                                                                   |    |      |
| 園での配慮事項           | ① ことばや発達について相談している専門機関はありますか。(相談機関と連携することがあります。)<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(以下を回答してください)<br>相談機関: <input type="checkbox"/> 子ども家庭センター(保健センター・すこやか) <input type="checkbox"/> 子ども発達センター <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他( )<br>相談内容( ) 相談時期: 令和 年 月頃から<br>⇒その相談内容は、保育園で配慮が必要ですか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい<br>⇒配慮が必要な場合、希望する全ての保育園で受入可能か確認しましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |      |   |                                                                                                   |    |      |
|                   | ② 疾病(治療中・経過観察中)または障害はありますか。<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(以下を回答してください)<br>診断名:<br>⇒医療機関で集団保育が可能か確認をしましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>⇒希望する全ての保育園で受入可能か確認しましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>⇒医療的ケアは必要ですか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(保育課へ事前にご相談ください)                                                                                                               |      |   |                                                                                                   |    |      |
|                   | ③ ひきつけ、けいれんをおこしたことがありますか。<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい【 <input type="checkbox"/> 熱性 <input type="checkbox"/> 無熱性 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他( )】<br>⇒「はい」の場合【 これまでに 回 初発 才 ヶ月の時 】                                                                                                                                                                                                                                                |      |   |                                                                                                   |    |      |
|                   | ④ 食物アレルギーがありますか。<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 離乳食開始前 <input type="checkbox"/> はい【 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他( )】<br>⇒「はい」の場合、希望する全ての保育園で受入可能か確認しましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>⇒「はい」の場合、エピペン®または薬は処方されていますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい                                           |      |   |                                                                                                   |    |      |
|                   | ⑤ 宗教によって、食べてはいけない食材がありますか。<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (食材名: )<br>⇒食べてはいけない食材があることを、希望する全ての保育園に伝えましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |   |                                                                                                   |    |      |
|                   | ⑥ 日常服用している薬はありますか。<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬品名: )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |   | ⑦ 愛の手帳・身体障害児手帳はありますか。<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 級・度 )         |    |      |