

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8年4月1日時点	性別	
		令和 年 月 日	()歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
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】 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か月以内の状況ではまるものにお答えください。 <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。) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(以下を回答してください) 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(_____) 相談内容(_____) 相談時期: 令和 _____ 年 _____ 月頃から ⇒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 ⇒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。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(以下を回答してください) 診断名: _____ ⇒医療機関で集団保育が可能か確認しましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒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 ⇒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。 <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(_____)】 ⇒「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。 <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(_____)】 ⇒「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 ⇒「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。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (食材名: _____) ⇒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。 <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。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (_____ 級・度)			