

児童状況申告書

申請児童名： **小金井 次郎** 生年月日： **令和5年 8月 8日**
電話番号（優先連絡先）： **090-XXXX-XXXX**

利用している施設がある場合はご記入ください。

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 <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

→ なし・家庭保育中

発育・発達	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））
病歴・アレルギー等	医療的ケアの必要性※3	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →（具体的内容）
	※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	<input type="checkbox"/> 保育園での集団保育は可能と主治医に確認して <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）
健康診査	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →（具体の症状）
	喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →（具体の症状）
	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）
健康診査	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（ →エビベン利用 <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
	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
健康診査	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
健康診査	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
健康診査	要観察・指摘有の具体的内容を記入	

申請児童について、にチェックをし、該当するものについてご記入ください。

特別支援保育をご希望の場合は、「はい」に○をご記入ください。 ※P4をご参照ください。

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 _____

記載内容を確認の上、申請者名をご記入ください。