

# 児童状況票

令和 年 月 日

申請児童	フリガナ 氏名		生年月日		性別	障害等の有無	保育の希望	
			平成 令和	年 月 日	男・女	有・無	有・無	
保護者	住所		連絡先 (優先○)	自宅	-		-	
	久慈市			父	-		-	
				母	-		-	
					-		-	
	続柄	フリガナ 氏名	生年月日	性別	勤務先等	保育を必要とする事由	就労時間	休日
父		昭・平 年 月 日	男・女	TEL:		平日 : ~ : 土曜 : ~ : 日曜 : ~ :		
母		昭・平 年 月 日	男・女	TEL:		平日 : ~ : 土曜 : ~ : 日曜 : ~ :		
兄弟姉妹	続柄	フリガナ 氏名	生年月日	性別	続柄	フリガナ 氏名	生年月日	性別
			平・令 年 月 日	男・女			平・令 年 月 日	男・女
			平・令 年 月 日	男・女			平・令 年 月 日	男・女
利用希望	期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
	曜日/時間	曜日 ~ 曜日 / 時 分 ~ 時 分						
	施設名	(希望理由)						

出生時の状況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 酸素使用 ( 日 ) <input type="checkbox"/> 保育器 ( 日 )
出生後の状況	<input type="checkbox"/> 首すわり ( 月 ) <input type="checkbox"/> おすわり ( 月 ) <input type="checkbox"/> ハイハイ ( 月 ) <input type="checkbox"/> つかまり立ち ( 月 ) <input type="checkbox"/> ひとり歩き ( 月 )
食事	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合乳 <input type="checkbox"/> 離乳食 ( <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 ) <input type="checkbox"/> 普通食 ( <input type="checkbox"/> 全て食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 助けがあれば食べられる <input type="checkbox"/> 自分で食べられる )
排泄	<input type="checkbox"/> 全て自分で出来る <input type="checkbox"/> 助けがあれば出来る <input type="checkbox"/> 自分では出来ないが知らせる <input type="checkbox"/> おむつが必要 <input type="checkbox"/> その他 ( )
着・脱衣	<input type="checkbox"/> 大人にしてもらう <input type="checkbox"/> 簡単なものは自分で出来る ( <input type="checkbox"/> 着るだけ <input type="checkbox"/> 脱ぐだけ <input type="checkbox"/> 着脱両方 ) <input type="checkbox"/> 自分で着脱しボタンかけも出来る
ことば	<input type="checkbox"/> 普通に話をする <input type="checkbox"/> どうか話をする <input type="checkbox"/> 話せないが相手の言うことが分かる <input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> その他 ( )
遊び	<input type="checkbox"/> 友達と遊ぶ <input type="checkbox"/> 友達と遊ぶが取り残されがち <input type="checkbox"/> 親 ( 兄弟姉妹 ) と遊ぶ <input type="checkbox"/> いつも1人で遊びがち <input type="checkbox"/> その他 ( )

歩行	<input type="checkbox"/> 普通に歩き、走る <input type="checkbox"/> 歩くが、うまく走れない <input type="checkbox"/> 1人でやっと歩く <input type="checkbox"/> まだ1人で歩けない <input type="checkbox"/> その他 ( )	
健康診断	<input type="checkbox"/> 1ヶ月児健診 <input type="checkbox"/> 3ヶ月児健診 <input type="checkbox"/> 6ヶ月児健診 <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月児健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 <input type="checkbox"/> 指導を受けたことがある ( )	
予防接種 (①などは回数)	定期	<input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型 (Hib) <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> 四種混合 (DPT-IPV) <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> B型肝炎 (HBV) <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③
	任意	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ロタウイルス (1価) <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② (5価) <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③
身体	<input type="checkbox"/> 食物アレルギーがある (症状: ) <input type="checkbox"/> 食事制限がある (食品: ) <input type="checkbox"/> 除去食がある (食品: )	
	<input type="checkbox"/> アナフィラキシー既往歴がある (食品: )	
	<input type="checkbox"/> てんかんの既往歴がある ( 歳頃: )	
	<input type="checkbox"/> ひきつけたことがある ( 歳頃: )	
	<input type="checkbox"/> 大きな病気にかかったことがある ( 歳頃・病名: )	
	<input type="checkbox"/> 脱臼の経験がある ( 歳頃・部位: )	
	<input type="checkbox"/> 肘が外れやすい	
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を持っている ( 級・内容: )	
	<input type="checkbox"/> 療育手帳を持っている ( <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B ・状態: )	
	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当を受給している ( 級・内容: )	
	<input type="checkbox"/> 通院 (治療中) している (状況: ) (医療機関名等: )	
	健康状態の特記事項	

その他に保育施設利用に当たって気になることや心配なことなどがあれば記入してください