

児童状況書兼健康状況申告書

フリガナ			性別	男・女
児童氏名				
生年月日		年齢	歳	か月
保護者名				

保育の状況	日中の保育状況	<input type="checkbox"/> 保育施設に預けている <input type="checkbox"/> 保護者が保育している <input type="checkbox"/> 保護者以外の人が保育している <input type="checkbox"/> その他 ( )		預け先	
	前委託先の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	前委託先がある場合	預け先1		連絡先	
		住所			
		受託期間	年	月 ~	年 月
		預け先2		連絡先	
住所					
受託期間	年	月 ~	年 月		
出生時の状況	生まれたときの状況	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 仮死			
	妊娠週数	週			
	出生時身長・体重	cm 、 g			
	出生時に何か異常はありましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
	「はい」の場合 【病名等】				
健康状況	先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達の相談等で、病院や施設に通っていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
	「はい」の場合 病名、障害名等 ( ) (病院名、施設名： )	通院状況：			
	先天性の病気や慢性疾患による医療ケアがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
	「はい」の場合 【具体的な内容】				
	【保育施設で必要な対応】				
	障害者手帳の交付を受けていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
	「はい」の場合 種類：【 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳】	等級（度）：			
	けいれんやひきつけの経験はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
	「はい」の場合 時期等の具体的な内容：				
アレルギー疾患と診断されていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい				
「はい」の場合 アレルギーの種類：					

