

児童状況等確認書

※お子様お1人につき1枚ご提出ください。

記入日 令和 年 月 日

フリガナ 保護者氏名	フリガナ 児童名	性別	生年月日	利用希望（利用中）施設名
		男・女	平成 令和 年 月 日	

◎ 子どもの保育状況 該当する番号に「○」印または必要事項を記入してください。

現在の 保育状況	1 自宅で保育（父・母） 2 同伴就労（父・母） 3 保育所・認定こども園・地域型保育事業		
	4 委託（親族（子どもとの続柄）・知人）⇒ 保育場所（自宅・相手宅）		
	5 認可外保育施設（施設名：_____）	利用期間（ 年 月頃～）	
	6 保育所等一時預かり（施設名：_____）	利用頻度（ 日／1ヶ月）	
	7 職場内託児所（父・母）（施設名：_____）	利用料（ 円／1ヶ月）	
	8 その他（具体的に：_____）		
保育施設等を 利用できなかった 場合	利用できなかった場合の保育について、該当する番号に「○」印を記入してください。		
	1 自宅で保育	2 同伴就労	3 職場内託児所を利用
	4 認可外保育施設を利用	5 一時保育を利用（一時預かり事業）	6 企業主導型保育事業を利用
	7 ファミリーサポートセンターを利用	8 親族による保育	9 その他（_____）

◎ 赤穂市保健センターでの健診受診

（受診済の健診欄に☑をつけ、運動面や言葉の発達面等で助言されている項目があれば、記入してください。）

<input type="checkbox"/> 3か月健診	助言事項	なし・あり（_____）
<input type="checkbox"/> 1歳6か月健診	助言事項	なし・あり（_____）
<input type="checkbox"/> 3歳児健診	助言事項	なし・あり（_____）
<input type="checkbox"/> 未受診（次回 月 日に受診予定）		

◎ 子どもの健康状況 該当する項目に「○」印または必要事項を記入してください。 ★面談時に詳しくお聞きすることがあります。

現在の状況	〔疾病〕 なし・あり（治療中 経過観察中 治療済）		
	〔通院〕 なし・あり ⇒ 1年に1回以上の通院（なし・あり★）		
	〔医療的ケア〕 なし・あり ⇒ 内容（_____）		
	※疾病、通院、医療的ケアが「あり」の場合は、以下の事項を記入してください。		
	通院機関や相談機関等	期間	診断名
		H・R 年 月 日～H・R 年 月 日	
		H・R 年 月 日～H・R 年 月 日	
		H・R 年 月 日～H・R 年 月 日	
	〔その他〕		
★アレルギー （食物アレルギー・アトピー性皮膚炎等）	なし・あり（注1） ⇒ アナフィラキシー なし・あり（原因：_____）		
	食物アレルギー ⇒（原因食物：_____）		
	その他アレルギー等 ⇒（状況：_____）		
（注1）ありの方で、食事面や生活面での配慮が必要になる場合、別途医師の証明が必要になります。 上記以外で、食べたり飲んだりしてはいけない食材はありますか。 なし・あり⇒（食材：_____）（理由：_____）			
★障がい者手帳等 （手帳の写しの提出が必要です）	障がい名		
	身体障がい者手帳	なし・申請中・あり（ 1・2・3・4・5・6 ）級	
	療育手帳	なし・申請中・あり（ A・B1・B2 ）	
	精神障がい者保健福祉手帳	なし・申請中・あり（ 1・2・3 ）級	
	児童発達支援等の障がいサービス受給	なし・あり 利用サービス名（_____）	
	特別児童扶養手当受給	なし・申請中・あり（ 1・2 ）級	
他機関の利用 （通園施設・訓練機関・相談機関等）	期間	症状（判定結果を含む）	
	H・R 年 月 日～H・R 年 月 日		
	H・R 年 月 日～H・R 年 月 日		
	H・R 年 月 日～H・R 年 月 日		
発達状況 （子どもの健康や発達に関し家庭で気づいていること・気になることがあれば記入してください。）			