

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	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 ★保健センターに内容等について照会することがあります。

（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。）

☐ 4か月児健診	助言事項	なし ・ あり（）
☐ 1歳6か月児健診	助言事項	なし ・ あり（）
☐ 3歳児健診	助言事項	なし ・ あり（）
☐ 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。

出生時の状況	正常 ・ 難産 ・ かん子分娩 ・ 帝王切開 早産（ か月） ・ 仮死 出生時体重（ g）		
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 ・ B 1 ・ B 2 ）	
	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、習性、体質など (子どもの健康や発達に関し家庭で気をつけていること・気になることがあれば記入してください。)	言語： 発語（ か月） 明りよう ・ 不明りよう ・ よく話す ・ あまり話さない		
	習性： ひきつけ ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 尿（近い ・ 遠い） ・ 左きき ・ 爪かみ ・ 指しゃぶり ・ どもる ころびやすい		
	体質： 風邪をひきやすい ・ 熱を出しやすい ・ 扁桃腺がはれやすい ・ じんましんがでやすい ・ 脱臼しやすい		