

児童状況書兼健康状況申告書

フリガナ		性別 (いずれかに○)	男・女
児童氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	
保護者氏名			

保育の状況	日中の保育状況 (申請状況) A	<input type="checkbox"/> 保育施設等に預けている <input type="checkbox"/> 保護者が保育している <input type="checkbox"/> 保護者以外の方が保育している <input type="checkbox"/> その他 ()		預け先 (保育施設など)	
	Aより前の委託先の有無	<input type="checkbox"/> 有 (←下記：前委託先がある場合記入) <input type="checkbox"/> 無			
	前委託先がある場合 (保育施設など)	預け先		連絡先	
		住所			
受託期間					
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】 病名				
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、障がい名等 () (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】				
	障がい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"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳】 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：					

