

# 児童の状況票

記入日：令和 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	年	月	日
児童氏名			現在の満年齢	歳	か月	
保護者氏名		住所				

該当する項目にチェックし、必要事項を記入してください。

現在の保育状況を教えてください。 <input type="checkbox"/> 自宅で保育している ( <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他 ( ) が保育している ) <input type="checkbox"/> 保育施設等に預けている (施設名： ) <input type="checkbox"/> 同居していない親族に預けている (児童との続柄： ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
乳幼児健康診査を受けましたか。 <input type="checkbox"/> 受けた ( <input type="checkbox"/> 3～4か月健診 <input type="checkbox"/> 9～10か月健診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 ) <input type="checkbox"/> 受けていない	
乳幼児健康診査を受けたとき、保健師から指導はありましたか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [ 指導内容： ]	
療育施設に通っている、または通っていたことがありますか。今後通う予定はありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 施設名： 期 間： 年 月 日 から { <input type="checkbox"/> 現在も通っている <input type="checkbox"/> 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 通う予定	
アレルギーやアトピーはありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 気管支ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー [ 原因となる食物： ]	
大きな病気やひきつけなどを起こして病院に通院 (入院) したことはありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 医療機関： 受診科： 受診内容： 期 間： 年 月 日から 年 月 日 通院・入院 通院頻度： 週・月 回	
障害者手帳または療育手帳を持っていますか。特別児童扶養手当の対象児童ですか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (障害者手帳等の写しを添付してください。)	
健康や発達、行動面など気になることや気をつけてほしいことがありましたらご記入ください。	