

児童状況調査票 (児童氏名: _____ 生年月日: _____)

● 現在の保育状況 ● (※ 該当する証明項目の□にチェック (☑) をしてください)

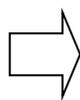
施設利用中 <input type="checkbox"/> 認可保育所 <input type="checkbox"/> 家庭的保育事業 <input type="checkbox"/> 小規模保育事業 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認証保育所 <input type="checkbox"/> その他 施設名: _____ 利用開始日: _____年____月____日から 利用状況: 週____日/月____日利用、1日約____時間利用
預けていない <input type="checkbox"/> 自宅保育 <input type="checkbox"/> 就労先にて保育 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
過去の認可保育所等の利用歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※「あり」の場合は利用施設名と期間をご記入ください。

施設名	_____
期間	_____年____月____日 から _____年____月____日
退所理由	<input type="checkbox"/> 下の子の育休取得のため <input type="checkbox"/> その他 (_____)

● 健康状況 ● ※市の健康診査で指摘や医療機関等を受診している場合は「あり」にチェックしてください。(ひいらぎ等療育施設に相談している場合も「あり」にチェックしてください。)

- ① 疾病 あり なし
- ② 心身の障害 あり なし
- ③ 発育・発達で気になること あり なし
- ④ アレルギー あり なし



※①、②、③、④で1つ以上に「あり」にチェックをした方は裏面の書式③-2 (児童状況調査票追記) をご提出ください。

● 祖父母の状況 ● (※必ず記入してください)

	氏名	年齢	住所 (同居又は市内に在住の方は詳細を、市外在住の方は自治体名までを必ず記入してください)	状況 (※該当する項目に「○」)
父方 祖父		歳	同居・別居 住所: _____	就労・疾病・高齢・他界 その他 (_____)
父方 祖母		歳	同居・別居 住所: _____	就労・疾病・高齢・他界 その他 (_____)
母方 祖父		歳	同居・別居 住所: _____	就労・疾病・高齢・他界 その他 (_____)
母方 祖母		歳	同居・別居 住所: _____	就労・疾病・高齢・他界 その他 (_____)

※申込み締切日時点の年齢を記入してください。

※65歳以上の方は「高齢」に「○」をつけてください。

<重要事項> (健康状況について)

・疾病・心身状態の項目で「あり」に該当する場合、裏面の児童状況調査票追記(書式③-2)をご記入ください。※病気や障害がある場合は各種手帳の写しや主治医等の診断書や意見書等が必要となります。

・書式③や書式③-2は健康面や発達面で、配慮を必要とする児童のサポートや園での児童の安全確保を目的としております。必ず事前に幼児教育・保育課相談受付係にご相談ください。

児童状況調査票追記

令和 年 月 日

児童氏名	生年月日	第一希望園
	H・R 年 月 日	

(※ 下記内容で「はい」にチェックをした方は内容もご記入ください)

(疾病・心身状態)

(発育・発達関係)

疾病や心身の状態について相談している医療機関はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	発育・発達のことについて相談している療育や医療機関はありますか (相談したことがある場合含む) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
病名 (※疑い・傾向等含む) 症状 医療機関名 通院頻度 [週 ・ 月 ・ 年 回程度]	相談先 (複数選択可) <input type="checkbox"/> 健康課 <input type="checkbox"/> 障害福祉課 <input type="checkbox"/> 児童発達支援センター (ひいらぎ) <input type="checkbox"/> その他療育機関や医療機関 () 通所頻度 [週 ・ 月 ・ 年 回程度]

先天性の病気やその他疾病等による日常的な医療的ケアがありますか
はい いいえ
 「はい」の場合、該当する医療的ケアの内容に○をしてください。
 ① 導尿 ② 喀痰吸引 (気管カニューレ内) ③ 喀痰吸引 (口腔・鼻腔)
 ④ 経管栄養 (経鼻) ⑤ 経管栄養 (胃ろう・腸ろう) ⑥ 酸素療法の管理 (酸素吸入)
 ⑦ インスリン注射 ⑧ その他 ()

障害者手帳等の交付を受けていますか ※「はい」にチェックをした方は手帳の写しを添付してください。
はい 申請中 いいえ
 種別 身体 精神 愛の手帳 (療育) 等級 級 (度)

アレルギーはありますか
はい いいえ
 制限する食品 ()
 症状 ()
 医療機関名 ()

その他、保育施設等に伝えたいことがあればご記入ください。
 例) 言葉の相談などで療育施設に通所している、痙攣やてんかんの発作を起こしたことがある等

下記に同意いただける方は、ご署名をお願いします。(同意の有無は入所選考に影響しません。)

市に提出した児童の健康状況について、申し込みを行った希望園すべてに、必要な範囲で情報提供することに同意します。

年 月 日

保護者氏名: _____ (印) (自署の場合押印不要)