

保 育 施 設 入 所 児 童 家 庭 状 況 表

記入日

年

月

日

ふりがな			男・女	年 月 日生まれ
児童名				
現在の保育 の状況	1 自宅で保育：母・父・祖父母・友人・その他（ ） 2 預けている：祖父母等親族・保育施設等（名称 ）・その他			

【児童の健康状態】

健康状態	良好 ・ 病弱	出生時体重	g	在胎週数	週
現在の身長・体重	cm ・ kg				
身体発達状況	ふつう ・ ややおそい ・ おそい				
	首すわり 月 、 始歩 歳 月				
	体質	・ 風邪をひきやすい ・ 吐きやすい ・ 鼻血がでやすい ・ 化膿しやすい ・ 便秘しやすい ・ 下痢しやすい ・ アトピー性皮膚炎 ・ 鼻炎 ・ じんましん ・ 虫刺されなどで腫れやすい ・ その他（ ）			
現在の授乳状況	母乳 ・ ミルク ・ 混合 ・ 卒乳（ 歳 月）				
	現在の哺乳ビンの使用（ 有 ・ 無 ）				
食事状況	離乳食（開始：生後 月）初期・中期・後期・完了 ・ 幼児食				
言語発達状況	ふつう ・ ややおそい ・ おそい				
	どんな言葉を話しますか？	喃語（例：あーうー） ・ 単語（例：ワンワン） 二語文（例：ワンワンきた） ・ 会話ができる			
排せつ	ひとりで可 ・ 介助が必要 ・ オムツ使用（紙オムツ・布オムツ・紙パンツ）				
4 か月健診	未受診 ・ 問題なし ・ 指導あり（内容： ）				
1 歳 6 か月健診	未受診 ・ 問題なし ・ 指導あり（内容： ）				
3 歳児健診	未受診 ・ 問題なし ・ 指導あり（内容： ）				
定期的な通院	無 ・ 有 （ 病名： 医療機関名： 医師からの指示事項： 保育施設で必要な対応：無・有 「有」の場合必要な対応： ）				
身障者手帳・療育手帳等の有無	無 ・ 有（種類： ・ 級等： ）				
通所受給者証の有無	無 ・ 有（利用中の事業所等： ）				
既往歴 (既当するものに○を付けて下さい。)	ポリオ ・ 水ぼうそう ・ 風しん ・ 麻疹 ・ おたふくかぜ 便秘 ・ 肺炎 ・ その他（ ）				
	けいれん（ひきつけ） 無 ・ 有→1回目 歳 か月・その後 回 熱性けいれん：熱 度 分・ 回／無熱性 回				
	脱きゅう 無 ・ 有 部位等				
	アレルギー 無 ・ 有（投薬の必要性 無 ・ 有 ） 発症因子・除去食品等(症状)				

その他、集団生活において心配なことや保育施設に伝えておきたいことがありましたら、ご記入ください。
 ※子どもの安心・安全な保育のため、記載いただいた内容を保育施設等に共有させていただきます。なお、申請上不利になるものではありません。

裏面もご確認ください