

児童状況届

(必要事項を記入・該当箇所にチェックをしてください)

【記入例】

利用を希望する児童氏名	徳島 花子	[平○令 31年 4月 3日生]
-------------	--------------	------------------

① 児童の保育状況

現在の保育の状況	保護者が保育	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅で保育中	保育者	<input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母	産休・育休の取得期間	~ 令和 5年3月31日		
		<input type="checkbox"/> 職場で保育中	保育状況	<input type="checkbox"/> 職場内託児施設を利用 <input type="checkbox"/> 自営業等で就労しながら保育中				
		<input type="checkbox"/> その他	保育状況					
	保護者以外が保育	<input type="checkbox"/> 親族が保育	続柄					
		<input type="checkbox"/> 親族以外が保育	関係					
		<input type="checkbox"/> 市内の認可保育所等を利用	施設名	利用期間	年 月 日 ~			
		認可保育所等のうち、事業所内保育を利用の場合		<input type="checkbox"/> 地域枠で利用	<input type="checkbox"/> 従業員枠で利用			
		<input type="checkbox"/> 市外の認可保育所等を利用	施設名	利用期間	年 月 日 ~			
		<input type="checkbox"/> 認可外保育所を利用	施設名	利用期間	年 月 日 ~			
		<input type="checkbox"/> 一時預かり	施設名	利用期間	年 月 日 ~			
<input type="checkbox"/> 幼稚園を利用	施設名	利用期間	年 月 日 ~					
<input type="checkbox"/> その他								
過去(上記以外)の集団保育経験の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (ありの場合は、次を記入してください)	施設名	徳島市立●●保育所	利用期間	令和 2年 4月 1日 ~ 令和 3年 3月 31日			
療育施設等の利用の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (ありの場合は、次を記入してください)	施設名	発達支援センター ●●	利用期間	令和 4年 4月 1日 ~ 年 月 日			

複数ある場合は、最新のもの
を記入してください。

複数ある場合は、空きスペース
に記入してください。

② 申請児童以外の就学前の兄弟姉妹 ※就学前の兄弟姉妹が

兄弟姉妹の「全員が同じ月での入所を希望」する場合は、施設の調整方法を必ず選択してください。

兄弟姉妹で同時申請している場合の希望	全員が同月での入所を希望	<input checked="" type="checkbox"/> 全員が同じ月での入所を希望	施設の調整方法	<input type="checkbox"/> 必ず同じ施設への入所を希望
	別月での入所でも構わない(1人でも先に)	<input type="checkbox"/> 同じ月での入所が無理な場合は、1人だけでも先に入所を希望	<input checked="" type="checkbox"/> 同じ施設への入所が無理な場合は、別の施設でも構わない	
兄弟姉妹の申請をしていない理由	<input type="checkbox"/> 保育所等(認可・認可外・一時預かり等)を利用中 <input type="checkbox"/> 親族が保育中 <input type="checkbox"/> 職場内託児所を利用中 <input type="checkbox"/> 自営業等で就労しながら保育中 <input type="checkbox"/> その他[具体的に:			

別居の祖父母の勤務先・就労時間を記入してください。(就労証明書の添付は必要ありません。)

③ 今後の出産予定

今後の出産予定	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [ありの場合 出産予定日: 令和
---------	---

④ 別居の祖父母の状況 ※同一敷地内に住む祖父母は、申請書の「①世帯の状況」に必ず記入

氏名	続柄	年齢	住所	申請児童宅までの交通手段・時間 (市外在住の場合は記入不要)		勤務先・就労時間		健康状態	
				交通手段	所要時間	勤務先	就労時間		
父方	(他界)	祖父	歳					<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> その他()	
	(同居)	祖母	歳					<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> その他()	
母方	吉野 春夫	祖父	64歳	阿波市●●町5-1	車	5分	自営業(農業)	140時間/月	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> その他()
	吉野 秋子	祖母	67歳	同上	自転車	15分	●●病院	120時間/月	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> その他()

⑤ 保育所等利用に関するその他の状況

児童の送迎方法	主な送迎者	送り迎え	父	送迎手段	<input checked="" type="checkbox"/> 車 <input checked="" type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 公共交通機関	送迎時間	15分
待機となった場合の代替手段	<input checked="" type="checkbox"/> 育休の延長が可能 [令和 5年 10月 31日まで] <input type="checkbox"/> 職場の託児所を利用 <input type="checkbox"/> 認可外等 <input type="checkbox"/> 祖父母が保育する <input type="checkbox"/> その他(具体的に:						
その他、留意事項等	第1希望施設の内容で記入してください。						

※裏面も必ず記入してください

⑥ 児童の健康状況など

申請児童の健康状態を 正確に記入してください。	出生体重	3,200 g	妊娠期間	40 週	現在の体重	14 g (kg)		
	首すわり	3 ヵ月	お座り	6 ヵ月	はいはい	9 ヵ月	歯の生え始め	9 ヵ月
	歩き始め	12 ヵ月	歩きの現況	<input type="checkbox"/> ずりばい <input type="checkbox"/> はいはい <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> つたい歩き				
	まといっしょにいるとき、話しかけるような声を出しますか？							<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	語(意味のあることば)			14 ヵ月	ことばの現況	<input type="checkbox"/> 単語 <input type="checkbox"/> 二語文 <input checked="" type="checkbox"/> 会話ができる		
	6ヵ月健診は受けていますか？ (※1歳6ヵ月以上のみ回答)							<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	「はい」と回答した場合							健診時に医師・保健師からの指導・指摘があった場合は、その内容を記入してください。
	発育状況							特になし。
	「いいえ」と回答した場合							なぜ受診していないのか理由を記入してください。
	3歳児健診は受けていますか？ (※3歳以上のみ回答)							<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	「はい」と回答した場合							健診時に医師・保健師からの指導・指摘があった場合は、その内容を記入してください。
	ことばの発達が、ややゆっくりであることについて指摘があった。							
「いいえ」と回答した場合							なぜ受診していないのか理由を記入してください。	
児童の健康状況等	視力	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	[※ ありの場合は、次のうち該当するものにチェックしてください]					
	<input checked="" type="checkbox"/> 物を見るときに目を細めたり、極端に目を近づけて見ようとする							
	<input type="checkbox"/> 横目で見たり、上目遣いで見ようとする。							
	<input type="checkbox"/> 眼鏡が必要 (<input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> その他 [])							
	<input type="checkbox"/> その他 []							
	耳の聞こえ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	[※ ありの場合は、次のうち該当するものにチェックしてください]					
	<input type="checkbox"/> 後ろから呼んでも振り向かない							
	<input type="checkbox"/> 言葉の遅れを感じる							
	<input type="checkbox"/> 言葉や理解で気になる点がある							
	<input type="checkbox"/> その他 []							
	けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	[※ ありの場合は、次を記入してください]					
	回数	1 回	一番最近の発生年月	R1年 6月	けいれん時の体温	38.5 °C		
けいれん時の状態	発熱時に一度発生したものの、すぐに治まった。(受診したが医師から特に指示なし。)							
アレルギー	原因となる食物は？ 薬の服用はありますか？	申請書に「アレルギー有」と記入した人は、必ず右の項目を記入・チェックしてください			アレルギーの原因となる食物 アナフィラキシーをおこしたことはありますか？			
		薬の服用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	生卵、牛乳 薬の服用ありの場合 エピベン・内服薬 薬の種類 []			
通院・入院歴	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	[※ ありの場合は、次を記入してください]						
いつ頃		歳	ヵ月	病名				
手術歴		歳	ヵ月	手術名				
病院名								
現況		<input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 通院中 (週・月に [] 日程度、病院名 []) <input type="checkbox"/> 完治している						
現在の病気	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	[※ ありの場合は、次を記入してください]						
病名								
薬の服用		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬の服用ありの場合		薬の種類 []			
児童の発育状況・健康状態に関して、集団保育の際に気を付けることや、その他保育所等に伝えたいことはありますか？								
<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり [※ ありの場合は、次に記入してください]								
最近、物を見る時に、目を細めることが多くなっているように思う。 卵については、加熱した場合にはアレルギーはおこりません。								

以下は、徳島市記入欄のため、記入しないでください

記録内容	応答者 父・母・祖父・祖母 (父方・母方) ・その他()
	面接員 面接日 令和 年 月 日