

本紙を保健師が確認後、記入漏れや詳細の把握のため、電話をさせていただくことがあります。

児童状況票 表・裏の太枠内をご記入ください。(お様が保育所等に入所される際の貴重な資料となります)

|               |              |       |                  |  |
|---------------|--------------|-------|------------------|--|
| 保護者記入日： 年 月 日 | お子様の年齢： 歳 か月 |       |                  |  |
| ふりがな          | 性別           | 生年月日  | かかりつけ医(小児科)      |  |
| 児童名           | 男・女          | 年 月 日 | かかりつけ医は必ず持ちましょう。 |  |

1. 出産時の状況について
- 1) 妊娠期間 週 日 2) 出産時の状態 体重 g 身長 cm 頭囲 cm
- 3) 出産時に特別な処置がありましたか なし・あり ( 仮死状態・保育器使用・酸素使用・その他
- 4) 先天性代謝異常検査 異常なし・あり ( ) 5) 新生児聴覚検査 異常なし・あり ( ) ・未

|                              |      |  |     |  |                                       |      |        |             |     |  |
|------------------------------|------|--|-----|--|---------------------------------------|------|--------|-------------|-----|--|
| 2. 発達状況について                  |      | 4. 予防接種について 受けられた予防接種に○をつけてください。         |     |  |                                       |      |        |             |     |  |
| 首すわり                         | か月   | インフルエンザ菌 b 型 (Hib)                       | 初回① |  | BCG                                   | 初回   |        | 水痘 (みずぼうそう) | 1回目 |  |
| 寝返り                          | か月   |  | ②   |  | 四種混合 (DPT - IPV)                      | 初回①  |        |             | 2回目 |  |
| おすわり                         | か月   |  | ③   |  |                                       | ②    |        | かかった        |     |  |
| ハイハイ                         | か月   |  | 追加  |  |                                       | ③    |        |             |     |  |
| つかまり立ち                       | か月   | 小児用肺炎球菌                                  | 初回① |  |                                       | 追加   |        | 日本脳炎        | 初回① |  |
| つたい歩き                        | か月   |  | ②   |  | MR (麻しん 風しん)                          | 1期   |        |             | ②   |  |
| ひとり歩き                        | 歳 か月 |  | ③   |  |                                       | 2期   |        |             | 追加  |  |
| 3. 乳幼児健診の結果について              |      | B型肝炎                                     | 追加  |  | 麻しん                                   | かかった |        | ロタウイルス      | 1回目 |  |
| ・ 4か月児健診：受診・未受診 健康・要観察 ( )   |      |  | 1回目 |  | 風しん                                   | かかった |        |             | 2回目 |  |
| ・ 10か月児健診：受診・未受診 健康・要観察 ( )  |      |  | 2回目 |  | 予防接種は感染症対策として重要です。接種推奨時期に受けるようにしましょう。 |      |        |             | 3回目 |  |
| ・ 1歳6か月児健診：受診・未受診 健康・要観察 ( ) |      | 3回目                                      |     |  |                                       |      | おたふくかぜ | 予防接種        |     |  |
| ・ 3歳児健診：受診・未受診 健康・要観察 ( )    |      | 5. 療育手帳・身体障害者手帳の交付状況について ※手帳の写しを添付してください |     |  |                                       |      |        |             |     |  |
|                              |      | なし・あり ( )                                |     |  |                                       |      |        |             |     |  |
|                              |      | 6. 現在の身長と体重について ※おおよその値で可                |     |  |                                       |      |        |             |     |  |
|                              |      | 体重 ( g ) 身長 ( cm )                       |     |  |                                       |      |        |             |     |  |
|                              |      | 測定日 ( 年 月 日 : 歳 か月)                      |     |  |                                       |      |        |             |     |  |

7. かかった病気と現在の様子について かかった病気や治療中の病気、経過観察している疾患等があればご記入ください。

| 左記の①~⑩の番号     | 発症時期 | 症状    | 治療・検査 | 医療機関名 |
|---------------|------|-------|-------|-------|
| ① 心疾患         | 番号   |       |       |       |
| ② けいれん        | ( )  | 歳 か月頃 |       |       |
| ③ てんかん        |      |       |       |       |
| ④ 食物アレルギー     | 番号   |       |       |       |
| ⑤ アトピー性皮膚炎    | ( )  | 歳 か月頃 |       |       |
| ⑥ ぜんそく        |      |       |       |       |
| ⑦ 肘内障 (肘が抜ける) | 番号   |       |       |       |
| ⑧ 発育 (体重増加不良) | ( )  | 歳 か月頃 |       |       |
| ⑨ 発達 (言葉の遅れ等) |      |       |       |       |
| ⑩ その他         |      |       |       |       |

8. 保育所等に入るにあたり、お子様の発育や発達、病気等について伝えておきたいこと、乳幼児健診後に経過観察を受けていること等があればご記入ください。

\*市記入欄 確認日 / / 電話 / / 面接日 / / (父・母・子・)

主治医意見書依頼あり 保健師 ( )  
 保育所における食物アレルギー対応について説明済。原因食物の除去根拠として主治医の意見書が必要と説明済。

裏面もご記入ください

| 9. お子さんのこれまでの状況について（現在の年齢までの項目を記入）            |                                       |                        |
|---|---------------------------------------|------------------------|
| 1歳頃まで   | 家族と一緒にいるとき、「アーアー、ウーウー」と声を出しますか        | はい      いいえ            |
|   | そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きませんか          | はい      いいえ            |
|   | 人見知りをしますか                             | はい      いいえ            |
|   | 後追いをしますか                              | はい      いいえ            |
|   | バイバイ・コンニチハなどの身振りや人まねをしますか             | はい      いいえ            |
|   | 大人の言う簡単なことば（おいで、ちょうだいなど）がわかりますか       | はい      いいえ            |
| 2歳頃まで   | 後ろから名前を呼ぶと、視線を合わせますか                  | はい      いいえ            |
|   | 何かに興味を持ったとき、指をさして伝えようとしますか            | はい      いいえ            |
|   | 「～どれ？」と聞くと、指をさして教えてくれますか              | はい      いいえ            |
|   | 「～もってきて」「ごみポイして」と言うとしてくれますか           | はい      いいえ            |
|   | ママ、プープーなど意味のある単語を話し始めた時期はいつですか        | (      歳      か月頃 )    |
|   | 2語文（「ワンワン キタ」、「マンマ チョウダイ」）などを言いますか    | はい      いいえ            |
|   | スーパーなど外出時に、よく迷子になったり、落ち着きがないと感じますか    | いいえ      はい            |
| 3歳～5歳頃まで                                      | 自分の名前や年齢を言いますか                        | はい      いいえ            |
|   | 目を合わせて会話をしますか                         | はい      いいえ            |
|   | 相手の反応を気にせず一方的に話すことがありますか              | いいえ      はい            |
|   | 公園などで、近くにいる他のお子さんに興味をもち、一緒に遊びますか      | はい      いいえ            |
|   | いつもの道順・やり方・手順にこだわることがありますか            | いいえ      はい            |
|   | 衣服の着脱は自分でできますか                        | はい      いいえ            |
|   | 排泄は自立していますか                           | はい      いいえ            |
|   | 10. 現在の栄養状況について                       |                        |
| 1) 栄養法      母乳      ・      混合      ・      ミルク | 11. 食物アレルギーについて      なし ・ あり ・ 離乳食未開始 |                        |
| 2) 哺乳瓶      使える      ・      使えない              | 1) 除去している食材名                          |                        |
| 3) コップ      使える      ・      使えない              | (      )                              |                        |
| 4) 離乳食      開始時期：      か月                     | 2) アレルギー症状                            |                        |
| 回数：      回/日                                  | (      )                              |                        |
| 形態： 初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了期                        | 3) アナフィラキシー      なし ・ あり              |                        |
| 5) 食事      方法： 手づかみ ・ スプーン ・ 箸                | 4) 処方薬 (      )                       |                        |
| 手伝い： 不要 ・ 要                                   | 用法： 定期 ・ 頓服                           |                        |
| 6) 偏食      なし ・ あり (      )                   | 12. 食物以外のアレルギーについて                    |                        |
| 13. ご家族の治療中の疾病や障害の有無                          |                                       |                        |
| なし ・ あり ( 父 ・ 母 ・ きょうだい ・ その他      )          |                                       |                        |
| 疾病や障害の内容：                                     |                                       |                        |
| 14. 子育て支援利用状況等について                            |                                       |                        |
| 1) 子育て広場や一時保育の利用      なし ・ あり                 | 2) これまでの保育所等の利用（集団生活の経験）      なし ・ あり |                        |
| <市記入欄>  |                                       | *入所時健診結果      /      / |
|   |                                       | (      歳      か月)      |
|   |                                       | 健康 ・ 要観察 ・ 要受診 ・ 既医療   |
| こどもCD：  |                                       | 医師名                    |

本紙を保健師が確認後、記入漏れや詳細の把握のため、電話をさせていただくことがあります。