

児童状況申告書

申請児童名： **小金井 次郎**生年月日： **令和6年 8月 8日**電話番号（優先連絡先）： **090-XXXX-XXXX**

利用している施設がある場合はご記入ください。

該当するものにチェックし、記入してください。

現在、利用している保育施設はありますか。

→ ☐あり ☐認可保育所・特定地域型保育事業 ☐認可外保育施設 ☐一時保育・定期利用 ☐幼稚園→ 名称 所在自治体（ ） 年齢制限 ☐無 ☐有（ 歳クラス）
利用開始日 年 月 日から 利用日数 週 日→ ☐なし・家庭保育中出生時 ☐異常なし ☐異常あり
身長・体重 出生時（ cm、 g） 現在（ cm、 kg）発育・発達で気になる症状※1 ☐なし ☐あり → 例：低身長、低体重、発語、歩行、運動、食事、手先が不器用など障害者手帳や愛の手帳の所持※2 ☐なし ☐申請中（手帳名 、 級 度）
☐あり（手帳名： （写しを提出））医療的ケアの必要性※3 ☐なし ☐あり →（具体的内容

※1・※2・※3のいずれかに「あり」とチェックされた場合、ご記入

集団保育の可否 ☐保育園での集団保育は可能と主治医に確認し
☐主治医に確認していない。通院施設 ☐なし ☐あり（施設名：
→通院頻度（ 回/年、 回/月、 回/週）申請児童について、☐にチェックをし、該当するものについてご記入ください。アトピー性皮膚炎 ☐なし ☐あり →（具体的な症状喘息 ☐なし ☐あり →（具体的な症状熱性けいれん・ひきつけ ☐なし ☐あり →初回発症時期 年 月 ・直近発症時期 年 月
→これまでの発症回数 回
→ 服薬 ☐なし ☐あり（薬名その他治療中・経過観察中の病気 ☐なし ☐あり
→病名・症状（ 年 月 ・完治時期 年 月
→現在の状況 ☐治療継続中 ☐経過観察中 ☐完治
→通院頻度（ 回/年、 回/月、 回/週）
→常用薬の服用 ☐なし ☐あり（薬名
→手術予定 ☐なし ☐あり（ 年 月）食物アレルギー ☐なし ☐不明 ☐あり
→制限する食材等に○ 卵・乳・小麦・大豆・そば・その他（
→症状に○ じんましん・嘔吐・下痢・腹痛・喘息発作
その他（
→エビベン利用 ☐なし ☐あり
→常用薬の服用 ☐なし ☐あり（薬名
（服薬頻度 回/日 回/月 回/年）その他除去を希望する食材の有無 ☐なし ☐あり →該当する食材等に○ 牛肉・豚肉・鶏肉・酒・健康診断 3〜4か月児健診 ☐健康 ☐要観察・指摘有 ☐未受診1歳6か月児健診 ☐健康 ☐要観察・指摘有 ☐未受診3歳児健診 ☐健康 ☐要観察・指摘有 ☐未受診

要観察・指摘有の具体的な内容を記入

特別支援保育をご希望の場合は、「はい」に○をご記入ください。
※P4をご参照ください。

利用希望施設での特別支援保育の利用を希望しますか はい ・ いいえ

・本申告書に関連し、集団保育が可能か心配な場合は、申請前に入所を希望する園に相談してください。

・食物アレルギーの対応の可否については、申請前に入所を希望する園へ確認してください。

・「発育・発達」や「病歴」に関しては、申請前に希望園へ見学・相談をしてください。

・本申告書に記入漏れや偽り等があった場合、入園申請及び入園が無効（退園）となる場合があります。

年 月 日
上記に同意の上、申請します。

申請者（保護者）名

記載内容を確認の上、申請者名をご記入ください。