

児童の状況

保育をするうえで必要な情報ですので、正確にご記入ください。

なお、児童の健康状態について、記入いただいた内容が利用調整に影響することはありません。

申請する児童の氏名を記入してください	氏名 <input style="width: 100%;" type="text"/>	氏名 <input style="width: 100%;" type="text"/>
性別に✓してください	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
1. 児童の健康状態		
過去に大きな病気をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病名 (<input style="width: 100%;" type="text"/>) 病院名 (<input style="width: 100%;" type="text"/>)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病名 (<input style="width: 100%;" type="text"/>) 病院名 (<input style="width: 100%;" type="text"/>)
入園に関し、主治医に相談していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
言葉やその他の発達について継続して相談・受診をしている機関はありますか	内容 (<input style="width: 100%;" type="text"/>) 相談先 (<input style="width: 100%;" type="text"/>)	内容 (<input style="width: 100%;" type="text"/>) 相談先 (<input style="width: 100%;" type="text"/>)
アレルギー（食物・アトピー等）はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ アレルギーの種類・内容 (<input style="width: 100%;" type="text"/>) 判断した人 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他 (<input style="width: 100%;" type="text"/>)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ アレルギーの種類・内容 (<input style="width: 100%;" type="text"/>) 判断した人 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他 (<input style="width: 100%;" type="text"/>)
上記アレルギーによりアナフィラキシーを起こしたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 直近で、 <input style="width: 50px;" type="text"/> 年 <input style="width: 50px;" type="text"/> 月頃	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 直近で、 <input style="width: 50px;" type="text"/> 年 <input style="width: 50px;" type="text"/> 月頃
乳幼児健診を受けましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
受けたものに✓をしてください	<input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 9か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳児	<input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 9か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳児
健診時に指摘事項はありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
いつの健診のことですか 指摘事項の内容はどのようなものですか	(<input style="width: 100%;" type="text"/>) 健診のとき 内容 (<input style="width: 100%;" type="text"/>)	(<input style="width: 100%;" type="text"/>) 健診のとき 内容 (<input style="width: 100%;" type="text"/>)
	(<input style="width: 100%;" type="text"/>) 健診のとき 内容 (<input style="width: 100%;" type="text"/>)	(<input style="width: 100%;" type="text"/>) 健診のとき 内容 (<input style="width: 100%;" type="text"/>)
指摘を受けた内容について、現在はどのような状況ですか	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他 (<input style="width: 100%;" type="text"/>)	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他 (<input style="width: 100%;" type="text"/>)
障害者手帳・愛の手帳をお持ちですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 申請中
手帳の種類と等級を教えてください	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (<input style="width: 50px;" type="text"/>) 級 <input type="checkbox"/> 愛の手帳 (<input style="width: 50px;" type="text"/>) 度 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (<input style="width: 50px;" type="text"/>) 級	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (<input style="width: 50px;" type="text"/>) 級 <input type="checkbox"/> 愛の手帳 (<input style="width: 50px;" type="text"/>) 度 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (<input style="width: 50px;" type="text"/>) 級
その他、健康、言葉、行動など発達面で気になることをご記入ください ※通所している区立の福祉施設等に問い合わせをさせていただく場合があります	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
2. 児童の現在の保育状況		
現在の児童の保育状況をご記入ください	<input type="checkbox"/> 父母が育児休業を取得して自宅で保育している <input type="checkbox"/> 祖父母が自宅で保育している <input type="checkbox"/> 認可保育園に在籍 { 在籍園名 <input style="width: 100%;" type="text"/> } <input type="checkbox"/> 幼稚園に在籍 <input type="checkbox"/> 認可外保育園に在籍 { <input type="checkbox"/> 有償 <input type="checkbox"/> 無償 } 勤務先へ同伴（託児所 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	<input type="checkbox"/> 父母が育児休業を取得して自宅で保育している <input type="checkbox"/> 祖父母が自宅で保育している <input type="checkbox"/> 認可保育園に在籍 { 在籍園名 <input style="width: 100%;" type="text"/> } <input type="checkbox"/> 幼稚園に在籍 <input type="checkbox"/> 認可外保育園に在籍 { <input type="checkbox"/> 有償 <input type="checkbox"/> 無償 } 勤務先へ同伴（託児所 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
過去の児童の在園状況をご記入ください	<input type="checkbox"/> 認可保育園・幼稚園等の在籍経験 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 【園名 <input style="width: 100%;" type="text"/> 】	<input type="checkbox"/> 認可保育園・幼稚園等の在籍経験 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 【園名 <input style="width: 100%;" type="text"/> 】
3. 入園できない時の対応		
入園できなかった場合の対応（予定）についてご記入ください (利用調整には影響ありません)	<input type="checkbox"/> 現在の状況を継続する。 <input type="checkbox"/> 変更予定（以下に具体的に記載してください。） <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> 現在の状況を継続する。 <input type="checkbox"/> 変更予定（以下に具体的に記載してください。） <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>