

## 申請日 年 月 日

保育 の 状 況	日中の保育状況	<input type="checkbox"/> 保護者が保育している		
		<input type="checkbox"/> 保護者以外が保育している (保育者氏名: )		
		<input type="checkbox"/> 認可保育施設を利用している (施設名: )		
		<input type="checkbox"/> 幼稚園に入園している (施設名: )		
		<input type="checkbox"/> 企業内託児施設へ預けている (施設名: )		
		<input type="checkbox"/> 一時預かりを利用している (施設名: )		
		<input type="checkbox"/> 認可外保育施設を利用している (施設名: )		
		<input type="checkbox"/> その他 (状況: )		
出生 時 の 状 況	妊娠週数		週	
	出生時身長・体重		cm 、 g	
	出生時に何か異常はありましたか		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	「はい」の場合 【病名等】			
健康 状 況	先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達の相談等で、病院や施設に通っていますか		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	「はい」の場合 病名、障がい名等( ) (病院名、施設名: ) 通院状況: )			
	先天性の病気や慢性疾患による医療ケア(投薬等)がありますか		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	「はい」の場合			
	【具体的な内容】			
	【保育施設で必要な対応】			
	障害者手帳の交付を受けていますか		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	「はい」の場合			
	種類: 【 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 】 等級(度):			
	けいれんやひきつけの経験はありますか		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	「はい」の場合			
	【時期等の具体的な内容】			
	アレルギー疾患と診断されていますか		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
「はい」の場合				
【アレルギーの種類 や症状、保育施設 での対応】				

児童状況書兼健康状況申告書(1人目)

[illegible]