

5. 入所申込児童状況調書

令和 4 年度用

※□欄は該当する箇所にチェック☑してください。

児童の氏名		生年月日		年	月	日生	性別	男・女													
現在の状況	<input type="checkbox"/> 家庭保育 <input type="checkbox"/> 勤務先へ連れていく <input type="checkbox"/> 隣人や知人に預ける <input type="checkbox"/> 祖父母宅へ預ける <input type="checkbox"/> 本町立保育所等入所 <input type="checkbox"/> その他の保育所等入所（具体的に：																				
	<table style="width:100%"> <tr> <td style="width:50%"> <input type="checkbox"/> 健康である </td> <td style="width:50%"> 心身障がいの有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: middle;"> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 20px; width: 80%; margin: auto;"> 具体的な内容 </div> </td> <td style="vertical-align: middle;"> ①障害名・症状等（ ） ②身体障害児手帳（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ） ③療育手帳（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ） </td> </tr> </table>									<input type="checkbox"/> 健康である	心身障がいの有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 20px; width: 80%; margin: auto;"> 具体的な内容 </div>	①障害名・症状等（ ） ②身体障害児手帳（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ） ③療育手帳（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ）								
<input type="checkbox"/> 健康である	心身障がいの有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																				
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 20px; width: 80%; margin: auto;"> 具体的な内容 </div>	①障害名・症状等（ ） ②身体障害児手帳（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ） ③療育手帳（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ）																				
健康状態	<table style="width:100%"> <tr> <td style="width:20%">アレルギー</td> <td colspan="8"> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> アナフィラキシー ・ <input type="checkbox"/> その他 [具体的に：] ） </td> </tr> </table>									アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> アナフィラキシー ・ <input type="checkbox"/> その他 [具体的に：] ）										
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> アナフィラキシー ・ <input type="checkbox"/> その他 [具体的に：] ）																			
既往症	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 湿疹・じんましん <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他（ ）																				
健診の状況	<table style="width:100%"> <tr> <td style="width:15%">4か月児健診</td> <td style="width:85%">（ <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未 ）</td> </tr> <tr> <td>1歳6か月児健診</td> <td>（ <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未 ）</td> </tr> <tr> <td>2歳6か月児歯科健診</td> <td>（ <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未 ）</td> </tr> <tr> <td>3歳6か月児健診</td> <td>（ <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未 ）</td> </tr> <tr> <td>乳幼児健康相談</td> <td>（ <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未 ）</td> </tr> <tr> <td>その他（ ）</td> <td>（ <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未 ）</td> </tr> </table>									4か月児健診	（ <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未 ）	1歳6か月児健診	（ <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未 ）	2歳6か月児歯科健診	（ <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未 ）	3歳6か月児健診	（ <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未 ）	乳幼児健康相談	（ <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未 ）	その他（ ）	（ <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未 ）
	4か月児健診	（ <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未 ）																			
	1歳6か月児健診	（ <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未 ）																			
	2歳6か月児歯科健診	（ <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未 ）																			
	3歳6か月児健診	（ <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未 ）																			
乳幼児健康相談	（ <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未 ）																				
その他（ ）	（ <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未 ）																				
その他保育所等に伝えておきたいこと <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>																					