

利用申込児童の状況書(No.1)

該当する項目に○、又は□にレをいれてください

児童氏名		生年月日		H・R 年 月 日		
出生時の状況		在胎週数 () 週		出生時の体重 (g) 身長 (cm)		
保育状況	1. 他所に預けている→(施設名:) (種別: 認可/認可外/その他) (契約: 月ぎめ/一時保育)					
	2. 自宅で保育している					
	3. 職場に連れていっている (父・母)					
	<input type="checkbox"/> 今回の申込み以前に国立市内の認可保育所に在籍していたが、育児休業のために退所した 園名: 保育園 (在籍期間: H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日まで)					
発育状況	<input type="checkbox"/> 首がすわっている <input type="checkbox"/> お座りをする <input type="checkbox"/> つかまり立ちをする <input type="checkbox"/> ひとり歩きをする <input type="checkbox"/> お名前を呼ぶと反応する <input type="checkbox"/> 指さしをする <input type="checkbox"/> 排泄を知らせることができる <input type="checkbox"/> 排泄をトイレでできる					
	1. 離乳食→ <input type="checkbox"/> 初期 (ペースト状) <input type="checkbox"/> 中期 (舌でつぶせる) <input type="checkbox"/> 後期 (歯ぐきで噛める)					
	2. 離乳食終了し、年齢相応 3. その他 (経管栄養など: 摂取回数、ペース等具体的に) →申請前に保育・幼稚園係にご相談ください。					
健診等受診状況	1ヵ月児健診	3・4ヶ月児健診	6・7ヶ月児健診	9・10ヶ月児健診	1才6ヶ月児健診	3才児健診
	健康・要観察・未受診					
	定期健診以外 []					
	上記健診等で、相談したことや、指導を受けたことはありますか? [なし・ある] 相談内容・フォロー内容 []					
予防接種は現時点で接種可能なものは受けている <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ 理由:() →集団保育のため、接種を求められることがあります。						
健康状態	ことば・その他発達について、相談している病院や施設がある、又はあった					
	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり	相談機関	保健センター・その他 ()			
		通所施設	[]			
		しょうがい名	[]			
		手帳の発行	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 身体しょうがい者手帳 <input type="checkbox"/> 愛の手帳 <input type="checkbox"/> 申請中 →写しを提出してください。			
	病気・手術についての経歴					
	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり	診断名・病名	[]			
		発症時期	年 月頃 (歳ごろ)			
		経過	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 (予定) 年 月頃 手術の内容 []			
		現在の状況	<input type="checkbox"/> 完治 (治癒) <input type="checkbox"/> 通院中・経過観察 (年 月より 回/年・月)			
医療機関名		病院 科 担当医				
けいれんの経験 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 ()					
	時期	年 月頃 (歳ごろ)				
	状況	[]				
服用している薬 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (薬剤名: /服用回数: 1日 回) (朝・昼・夕・その他)						