

児童の状況等調査(1号認定)

記入日 令和 年 月 日

児童名	児童生年月日	※在園(所)の場合
	平成 年 月 日	保育園(部)

【児童の状況】

保育 状況	<input type="checkbox"/> 自宅で見ている	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他(保育者名 _____ 児童との続柄 _____)
	<input type="checkbox"/> 自宅外で見ている	<input type="checkbox"/> 認定こども園(幼稚園部分) <input type="checkbox"/> 認可外保育園 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他(_____)
	保育者または保育所名	
	<input type="checkbox"/> 職場で保育している	<input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 自宅(職場と自宅が同じ場所) <input type="checkbox"/> その他(_____)
健康 状況	健診の受診 (健診時の指導等)	<input type="checkbox"/> 4か月健診 <input type="checkbox"/> 10か月健診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)
	病歴・ 持病等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 病名(_____ : _____ 年 月 日 ~)
		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院歴 ※その後の経過(_____)
	発育	言葉や発育について相談している病院や施設 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(相談先 _____ : _____ 年 月 日 ~)
	アレルギー の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他(_____) ※除去の内容 <input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 部分除去 <input type="checkbox"/> 除去なし ※医師の指導について <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない ※食物以外のアレルギー(_____)
	投薬の状況 ※原則、保育所等での 投薬行為はできません。	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 薬の名称(_____) <input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> その他(_____) 回/日
その他		

【保護者の状況】

外国籍の方は、国籍や日本語会話能力、身近に通訳ができる人の有無について教えてください。(◎よくできる ○できる △あまりできない ×できない)

父親: 国籍(_____)	日本語: (聞く◎) (話す◎) 通訳: 有・無(_____)
母親: 国籍(_____)	日本語: (聞く◎) (話す◎) 通訳: 有・無(_____)
児童: 国籍(_____)	日本語: (聞く◎) (話す◎) 通訳: 有・無(_____)

【その他】