

【守谷松並青葉のぞみ保育園】状況申立書

状況申立書は、ご家庭の状況、お子さんの発達段階の確認および適切な保育環境の検討に活用しますので、偽りなくご記入ください。偽り等が判明した際には、入所決定取消や入所時期が変更になる場合があります。

上記のことについて同意します。 年 月 日 保護者署名

児童名		男・女	生年月日(西暦)	年 月 日(歳)
-----	--	-----	----------	-----------

<1. 父母の状況>

	父	母
氏名		
連絡先		
勤務先等		
自宅住所		<input type="checkbox"/> 左に同じ
保護者状況	母子家庭(離婚・死別・未婚) ・ 父子家庭(離婚・死別・未婚) ・ 離婚調停中	

<2. 祖父母の状況>

	氏名および入所希望日時点の年齢	住所	健康状態	就労状況
父方	祖父 (歳)		健康・疾病・障がい・他界	就労・無職
	祖母 (歳)	<input type="checkbox"/> 上に同じ	健康・疾病・障がい・他界	就労・無職
母方	祖父 (歳)		健康・疾病・障がい・他界	就労・無職
	祖母 (歳)	<input type="checkbox"/> 上に同じ	健康・疾病・障がい・他界	就労・無職

<3. 現在の保育状況> ※頻度の高い状況を1つ選択し、にを記入してください。

<input type="checkbox"/> 就労していない (<input type="checkbox"/> 父・ <input type="checkbox"/> 母)が保育している
<input type="checkbox"/> 産前産後休暇・育児休業中の (<input type="checkbox"/> 父・ <input type="checkbox"/> 母)が保育している
<input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 父・ <input type="checkbox"/> 母)が同伴就労している
<input type="checkbox"/> 親族が保育している ※親族の状況(<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 65歳未満/ <input type="checkbox"/> 市外別居 <input type="checkbox"/> 市内別居 <input type="checkbox"/> 同居/ <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 無職)
<input type="checkbox"/> 親族以外が保育している (幼稚園のプレ保育・未就園児クラス等を含む) (保育者との関係:)
<input type="checkbox"/> 認可外保育施設に週4日以上預けている (施設名:) (利用開始: 年 月)
<input type="checkbox"/> 企業内託児所に週4日以上預けている (託児所名:) (利用開始: 年 月)
<input type="checkbox"/> 一時保育を利用している (施設名:) (利用開始: 年 月) (<input type="checkbox"/> 週4日以上・ <input type="checkbox"/> 週3日)
<input type="checkbox"/> 幼稚園、認定こども園(教育枠)に預けている (施設名:)
<input type="checkbox"/> 市外の認可保育所または認定こども園(保育枠)に預けている (施設名:)
<input type="checkbox"/> その他 ()

<4. 配慮の必要性> ※各項目の該当するにを記入し、必要事項を記入してください。

1. 乳幼児健診の結果 6ヶ月検診 受診日(. .) <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察(内容:) <input type="checkbox"/> 未受診 1歳6ヶ月検診 受診日(. .) <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察(内容:) <input type="checkbox"/> 未受診 3歳検診 受診日(. .) <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察(内容:) <input type="checkbox"/> 未受診
2. 障がい者手帳等の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中【 <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 級 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 療育教室通所受給者証】
3. 発達についての相談経験 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(時期: 機関名: 内容:)
4. 医療的ケアの必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【 <input type="checkbox"/> 吸引(<input type="checkbox"/> 口・ <input type="checkbox"/> 鼻腔) <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他()

＜5. 申込児童の健康・発達状況＞

※各項目の該当する□に✓を記入し、必要事項を記入してください。
 ※各項目✓は1つとし、詳細が続く際はさらに✓を記入してください。

生育歴等	出生時の状況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> かんし分娩 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 重度の黄疸 身長 cm 体重 g 妊娠週数 週				
	首すわり	<input type="checkbox"/> すわっている 生後 か月頃 <input type="checkbox"/> すわっていない				
	寝返り	<input type="checkbox"/> できる 生後 か月頃 <input type="checkbox"/> できない				
	座位の保持	<input type="checkbox"/> できる 生後 か月頃 <input type="checkbox"/> 支えが必要				
	ハイハイ	<input type="checkbox"/> 四つ這いができる 生後 か月頃 <input type="checkbox"/> ずり這いができる 生後 か月頃 <input type="checkbox"/> できない				
	つかまり立ち	<input type="checkbox"/> できる 生後 か月頃 <input type="checkbox"/> できない				
	ひとり歩き	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 両手を上にあげて歩く <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 車いす利用				
病歴等	治療中の病気	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（時期 歳 か月頃から 病名： ）				
	入院歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（時期 歳 か月頃 病名： ）				
	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（時期 歳 か月頃 発熱の状況： <input type="checkbox"/> けいれん前 <input type="checkbox"/> けいれん後 <input type="checkbox"/> 無				
	アレルギー	食物	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） ※別紙アレルギー問診票記入			
		食物以外	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）			
		エピペン	【所有】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【使用歴】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（時期 歳 か月頃）			
		アナフィラキシーショック 【発症歴】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（時期 歳 か月頃）				
その他の持病等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（下欄より選択してください） <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 視力や目の疾患 <input type="checkbox"/> 聴力や耳の疾患 <input type="checkbox"/> 鼠経ヘルニア <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> けいれん【 <input type="checkbox"/> 発熱時 <input type="checkbox"/> 平熱時 / 最後の発症 歳 か月】 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
日常における発達の状況	①食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べる【 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン・フォーク】 <input type="checkbox"/> 一部介助してスプーン・フォークで食べる <input type="checkbox"/> 手づかみで食べる <input type="checkbox"/> 食べさせている				
	②排泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部補助が必要 <input type="checkbox"/> 尿意・便意を言葉やしぐさで知らせる <input type="checkbox"/> タイミングが合えばトイレで成功することがある <input type="checkbox"/> おむつ使用（終日）				
	③着脱	【上衣・ズボン】 <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 着させている				
		【靴】 <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 履かせている				
	④ことば	<input type="checkbox"/> 喃語（アーアー、ウーウーなどの意味のない言葉）は話すが、まだ理解できない <input type="checkbox"/> 簡単な言葉を理解し、しぐさや行動で答える <input type="checkbox"/> 単語を話す <input type="checkbox"/> 会話の内容は理解できるが、言葉は出にくい <input type="checkbox"/> 二語文、三語文で簡単な会話ができる <input type="checkbox"/> 会話の内容も理解し、十分に会話を楽しめる				
		⑤特性等	あやしても笑わない（表情が乏しい） <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ			
			目が合いにくい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ			
			抱っこを嫌がる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ			
	泣き方が激しい（のけ反る、後ろに倒れる） <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ					
	感覚過敏（くすぐったがり触れられるのを嫌う） <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ					
	名前を呼んでも反応がない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ					
	手が汚れることを嫌がる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ					
	奇声をあげることがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ					
聴覚過敏（他人の声、大きい音、赤ちゃんの泣き声を嫌う） <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ						
同じ洋服や決まったものばかりを求める <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ						
じっとしていられない（食事中、読み聞かせ中など） <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ						
順番が待てないなど友達とトラブルになりやすい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ						
色や数がわからない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ						
生活リズムが整わない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ						
かかりつけ医	・（小児科： ） ・（耳鼻科： ） ・（歯科： ） ・（その他： ）					