

# 児童状況申告書

令和8年度

全ての項目について、日常生活の状況を記入してください。

|                                                     | 児童氏名①                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         | 児童氏名②                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                              |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|
|                                                     | 性 別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女   | 性 別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女   |                              |
|                                                     | 現在の身長( )cm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 体重( )kg                                                 | 現在の身長( )cm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 体重( )kg                                                 |                              |
| 妊娠何週で生まれましたか？                                       | ( ) 週 ( ) 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         | ( ) 週 ( ) 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |                              |
| 生まれた時の状況                                            | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 仮死                                                                                                                                                                                                                              |                                                         | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 仮死                                                                                                                                                                                                                              |                                                         |                              |
| 生まれた時の身長・体重                                         | 身長( )cm 体重( )g                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         | 身長( )cm 体重( )g                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |                              |
| 慢性的な病気等の中で、現在病院や施設等に通院又は相談をしていますか？                  | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> いいえ                            | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> いいえ                            |                              |
|                                                     | ①病名( )<br>②病院( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         | ①病名( )<br>②病院( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                              |
| 過去に大きな病気にかかったことがありますか？                              | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> いいえ                            | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> いいえ                            |                              |
|                                                     | ①病名( )<br>②病院( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         | ①病名( )<br>②病院( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                              |
| けいれんやひきつけを起こしたことがありますか？                             | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ない                             | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ない                             |                              |
|                                                     | ( ) 歳 ( ) か月頃( )℃で( )回位                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         | ( ) 歳 ( ) か月頃( )℃で( )回位                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                              |
| アナフィラキシーを起こしたことはありますか？                              | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ない                             | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ない                             |                              |
| 食物アレルギーはありますか？                                      | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明 |                              |
|                                                     | 食品名( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         | 食品名( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |                              |
| 食物以外のアレルギーはありますか？                                   | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明 |                              |
|                                                     | アレルギーの種類( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         | アレルギーの種類( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |                              |
| 宗教上の理由や病気等により、食べられない食品はありますか？                       | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ない                             | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ない                             |                              |
|                                                     | 食品名( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         | 食品名( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |                              |
| 内服薬等がありますか？<br>※エビベンを処方されている場合はこちらにご記入ください。         | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ない                             | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ない                             |                              |
|                                                     | ① <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 晩 ※該当するものに☑                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         | ① <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 晩 ※該当するものに☑                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |                              |
|                                                     | ② 薬品名( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         | ② 薬品名( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |
| 首がすわったのはいつですか？                                      | ( ) か月頃                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> まだ                             | ( ) か月頃                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> まだ                             |                              |
| 歩き始め(一人歩き)はいつですか？                                   | ( ) か月頃                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> まだ                             | ( ) か月頃                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> まだ                             |                              |
| 指さして意思を伝えるようになったのはいつですか？                            | ( ) か月頃                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> まだ                             | ( ) か月頃                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> まだ                             |                              |
| 耳のきこえについて気になることはありますか？                              | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> はい                             | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> はい                             |                              |
| 視線が合いますか？                                           | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> いいえ                            | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> いいえ                            |                              |
| 大人の言う簡単な言葉(おいで、ちょうだい等)がわかりますか？                      | <input type="checkbox"/> 日本語                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> まだ                             | <input type="checkbox"/> 日本語                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> まだ                             |                              |
|                                                     | <input type="checkbox"/> 日本語以外                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         | <input type="checkbox"/> 日本語以外                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |                              |
| 2語文(マンマチョウダイ、ワンワンキタ等)を言いますか？                        | <input type="checkbox"/> 日本語                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> まだ                             | <input type="checkbox"/> 日本語                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> まだ                             |                              |
|                                                     | <input type="checkbox"/> 日本語以外                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         | <input type="checkbox"/> 日本語以外                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |                              |
| 自分の名前が言えますか？                                        | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> まだ                             | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> まだ                             |                              |
| 3歳以上のみ記入                                            | 激しくたいたり、かみついたり、奇声をあげることがありますか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> はい                             | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> はい                             | <input type="checkbox"/> いいえ |
|                                                     | 一か所にじっとしていられなかったり、落ち着かなく動き回ったりしますか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> はい                             | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> はい                             | <input type="checkbox"/> いいえ |
|                                                     | 高いところに登ったり、急に飛び出したりしますか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい                             | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> はい                             | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 言葉や発達について、現在通所・相談している、もしくはこれから相談を考えている病院や施設等がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> いいえ                            | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> いいえ                            |                              |
|                                                     | ① <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 相談 ※どちらかに☑<br>⇒内容( )<br>②下のいずれかに☑(記入)してください。<br><input type="checkbox"/> 健康サポートセンター<br>(小松川・東部・鹿骨・中央・小岩・清新町・葛西・なぎさ)<br><input type="checkbox"/> 発達相談・支援センター(なないろ)<br><input type="checkbox"/> 児童発達支援センター(葛西・篠崎・小岩)<br><input type="checkbox"/> 鹿本育成室<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                                                         | ① <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 相談 ※どちらかに☑<br>⇒内容( )<br>②下のいずれかに☑(記入)してください。<br><input type="checkbox"/> 健康サポートセンター<br>(小松川・東部・鹿骨・中央・小岩・清新町・葛西・なぎさ)<br><input type="checkbox"/> 発達相談・支援センター(なないろ)<br><input type="checkbox"/> 児童発達支援センター(葛西・篠崎・小岩)<br><input type="checkbox"/> 鹿本育成室<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                                                         |                              |
| 障害者手帳又は愛の手帳をお持ちですか？                                 | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ない                             | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ない                             |                              |
|                                                     | 障害者手帳( ) 級 愛の手帳( ) 度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         | 障害者手帳( ) 級 愛の手帳( ) 度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         |                              |
| 入園にあたり健康・発達などで気になることはありますか？                         | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> いいえ                            | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> いいえ                            |                              |
|                                                     | →「はい」の方は具体的に記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         | →「はい」の方は具体的に記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                              |

※提出後、児童状況により、更に聞き取りや提出書類をお願いする場合があります。