児童の状況票

フリガナ 児童氏名		男・女	記入日 年　月　日
生年月日	年　月　日	年齢	歳　か月

お子さまの状況について該当する箇所にチェックまたは必要項目を記入してください。
※入園時の資料として記載された事項を入園（内定）施設に情報提供します。
※入園決定後、最新状況の把握等のため、同様の内容について施設から聞き取りをすることがあります。

運動	□ ひとりで座る　□ つかまり立ちをする　□ 伝い歩きをする　□ ひとりで歩く　□ 該当する項目がない □ 物をつかみにくい　□ 手を出してものをつかむ　□ 指先で物をつかむ		
意志の伝達	□ 指さし　□ しぐさ　□ 喃語　□ ことば		
ことば	□ 片言を言う　□ 二語文　□ 会話ができる（　日本語　・　　語）		
排泄	□ オムツを使用している　□ 出たら知らせる　□ 自立している		
人や物との関わり	（話しかけに）　□ 反応しない　□ 視線を合わせる　□ 動作やことばで反応する （簡単な指示や禁止）　□ わからない　□ わかっているが止められない　□ わかる		
食事	□ ミルク　□ 離乳食　□ 普通食　□ その他（　　）		
乳幼児健康診査を受けましたか （受診した健康診査すべてにチェックしてください）	4か月児健診	1歳6か月児健診	3歳児健診
	□ 受診済（　年　月）□ 未受診	□ 受診済（　年　月）□ 未受診	□ 受診済（　年　月）□ 未受診
	□ 助言なし	□ 助言なし	□ 助言なし
	□ 助言あり 内容（　　）	□ 助言あり 内容（　　）	□ 助言あり 内容（　　）
これまでに大きな病気などで病院に通院したことはありますか	□ なし □ あり　⇒　医療機関名（　　） 受診内容（　　） 受診期間　年　月　日　から　年　月　日		
熱性けいれんを起こしたことはありますか	□ なし □ あり　⇒　直近　年　月ころ　複数回　□ なし　□ あり　薬の服用　□ なし　□ あり		
発達について相談したことはありますか	□ なし □ あり　□ 発達検査を受けたことがある（直近　年　月ころ） □ 神戸市機関（こども家庭センター・総合療育センター・東部療育センター・西部療育センター） □ 医療機関名（　　） 受診内容（　　）		
障害者手帳は持っていますか	□ なし □ あり □ 身体障害者手帳（1・2・3・4・5・6・7）級 □ 療育手帳（A・B1・B2） □ 精神障害者保健福祉手帳（1・2・3）級		
必要な医療的ケアがありますか	□ なし □ あり □ 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）　□ たん吸引（口腔・鼻腔・気管切開口） □ 酸素療法（酸素カヌラ・酸素マスク）　□ 導尿（看護師による導尿・自己導尿） □ その他（　　）		
アレルギー等（食物アレルギー、アトピー性皮膚炎など）はありますか ※除去食の必要はありますか	□ なし（現時点では不明の場合も含む） □ あり　⇒　（□ 食物アレルギー　□ その他のアレルギー（　　）） □ 除去食なし（現時点では不明の場合も含む） □ 除去食あり　⇒　原因食物　□ 卵　□ 乳　□ 小麦　□ その他（　　）		
※アナフィラキシーショック	□ なし □ あり　⇒　エピペン　□ なし　□ あり		
その他、養育上心配なことや、入園後先生に伝えておきたいことがあれば記入してください			