

児童状況確認票

3

(宛先) 茅ヶ崎市長／茅ヶ崎市福祉事務所長

記入日

年

月

日

子どもの 名前	フリガナ	生年月日	年	月	日
------------	------	------	---	---	---

乳幼児健診の受診状況について教えてください。健診時に指摘があった場合は、その内容も記載してください。

☐ 受診していない	→	理由（	）
☐ 4 か月健診		指摘事項の有無 ☐ なし ☐ あり ※ 「あり」の場合は下記欄に指摘事項の内容（当時だけではなく現在の状況も含め）を記載してください。	
☐ 1 0 ～ 1 1 か月健診	→	指摘を受けた内容・その他伝えられたこと	
☐ 1 歳 6 か月健診			
☐ 3 歳 6 か月健診			

現在も治療中の持病（経過観察中の症状も含む）はありますか？

☐ なし	
☐ あり	→ 病名（
病状	（
医療的ケアの必要性	☐ なし ☐ あり ※ 医療的ケアが必要な場合、事前相談や別途手続きが必要です。手続きがない場合、入所調整はできません。
園での与薬の必要性	☐ なし ☐ あり ※ 「あり」にチェックした場合、希望する全ての園への事前確認が必須です。園での対応ができない場合、内定取消となることがあります。 薬の種類・頻度等（
園での生活に 配慮が必要なこと	☐ なし ☐ あり ※ 「あり」にチェックした場合、希望する全ての園への事前確認をしてください。園によってご希望の通りの対応ができないことがあります。 配慮が必要な内容（

園での食事について、アレルギーや宗教上の理由により、除去等の対応が必要ですか？

☐ 必要なし	※ 本書類提出後に状況が変わった場合、必ず保育課へご連絡ください。園での対応ができない場合に内定取消となることがあります。		
☐ 必要あり	→	☐ 食物アレルギー	☐ その他のアレルギー
除去が必要なもの	☐ 鶏卵	☐ 牛乳・乳製品	☐ 小麦
具体的な除去の方法 ※除去の程度など詳細	（		
摂取した場合の症状	（		
アレルギー検査	☐ 受診済	☐ 今後受診予定あり・受診を検討	※ 園での除去対応については、医師が発行した「生活管理指導票」の確認が必要となります。
園への確認	☐ 希望する園全てに対し、除去が必要なものやその除去方法について具体的に説明し、除去対応が可能であることを確認した		

お子さんの発達・育児について、該当する項目に✓をいれてください。

集団生活の経験	☐ 初めて	☐ 認可保育所等の経験あり	☐ 認可外保育施設の経験あり	☐ 幼稚園の経験あり	☐ その他（
発育	身 体	☐ まだ首がすわっていない			
	言 葉	☐ 発語なし			
	排 泄	☐ おむつ			
発達	相談機関 への相談	☐ 相談したことはない			
		☐ 相談したことがある			
		相談時期	（		
		相談機関	☐ 茅ヶ崎市こどもセンター		
	療育機関 への通所	☐ 通所していない			
		☐ 通所している・通所していたことがある			
		通所先	（		
		通所期間	（		
		保育所との併行利用	☐ 保育所に入所したら療育機関と併行して利用したい		
		通所状況 ※通所曜日・時間帯等 ※併行利用予定の場合 保育所の利用時間等	（		
発達・発達について 気になること・ 園での対応に 配慮が必要なこと	（				

☐ 上記の内容について、希望する全ての園に対応が可能であることを確認した ※ 必ず申請書を提出する前にご確認ください