② 家 庭 の 状 況 届 出 書

フリガナ				性別
児童氏名				
生年月日	年　月　日（　歳児クラス）			
住所及び電話番号	TEL　（　）			
携帯電話番号	父	（　）		
	母	（　）		

家族及び同居している人（本人除く）	氏名	続柄	生年月日	職業・学校等
			・　・	
			・　・	
			・　・	
			・　・	
			・　・	
			・　・	

児童の健康状態

発達や慢性的な病気等で相談している病院や施設がありますか。

無　・　有

→病名・障がい名【　】

病院・施設名【　】

※ 健康上又は発達上、気になることがありましたらご記入ください。

緊急連絡先（上記以外）				
	住所または所在地		電話	
	氏名または名称	続柄：祖父母、父母職場、その他（　）		
	住所または所在地		電話	
	氏名または名称	続柄：祖父母、父母職場、その他（　）		

※ 緊急時の連絡先は保育所に入所した後、**お子さんの具合が悪くなった時などの連絡に使用しますので、必ず連絡がつくご連絡先をお書きください。**（父職場・祖父母自宅など）

生育歴　　児童氏名（　　）

出生時（全員記入）	乳児期（0～2歳児クラスのみ記入）	幼児期（3歳児クラス以上のみ記入）
・妊娠期間（　　週）	・栄養（母乳、人工乳、混合）	※該当する項目に☑をつけてください
・体重（　　g）	・首のすわり（　　か月）	□衣類の着脱を一人でできる
・身長（　　cm）	・離乳食開始（　　か月）	□自分の名前がいえる
・頭囲（　　cm）	・寝返り（　　か月）	□落ち着いて話を聞くことができる
・胸囲（　　cm）	・おすわり（　　か月）	□二語文「わんわんきた」等が話せる
	・ハイハイ（　歳　　か月）	□一人で階段が登れる
・分娩の状況	・歩き始め（　歳　　か月）	□簡単な指示「ごみすて」等ができる
（正常分娩・帝王切開・その他）	・話し始め（　歳　　か月）	□スプーン・フォークでご飯を食べる
・出生児の状況	・離乳食完了（　歳　　か月）	□はしを使ってご飯を食べる
（元気・衰弱・仮死）		□トイレに行って一人で排泄できる
・保育器の使用（無・有　　日）	※以下は該当する項目に☑をつけてください	□おむつを常に使用している
・黄疸症状	□ひとり歩きができる	□理由なく奇声を出すことがある
（重症・やや強い・ほとんど無）	□後ろから名前を呼ばれて振り向く	□危ないものや場所がわかる
	□目を合わせて話を聞く	□同年代の子とかかわって遊べる

医療			
	・アレルギー	無・有	（鶏卵・牛乳・小麦・大豆・その他　　） （ダニ・ハウスダスト・花粉・その他　　） 治療（無・飲み薬・塗り薬・食事制限・その他　　）
	・家族（父・母・兄弟姉妹）のアレルギー状況	無・有	該当者（父・母・兄弟姉妹）具体的な症状（　　） 該当者（父・母・兄弟姉妹）具体的な症状（　　）
	・ひきつけ、けいれん	無・有	（1回目　歳　か月）　その後（　回） （熱　度　回）　（無熱性　回）
	・てんかん	無・有	（状態　　） （服薬開始　歳　か月・1日　回使用中）

医療歴

・既往歴

肝炎 ・ 川崎病 ・ ぜんそく ・ ヘルニア（場所　　）・ 肘内障 ・ 肺炎 ・ 中耳炎
心臓疾患（不整脈 ・ 肥大 ・ 雑音 ・ 弁膜症 ・ 先天性　　）
その他（　　）

・予防接種歴（接種済みのものに○をつけてください）
・ヒブ（1回目、2回目、3回目、4回目）　・肺炎球菌（1回目、2回目、3回目、4回目）
・B型肝炎（1回目、2回目、3回目）　・五種混合（1回目、2回目、3回目、4回目）
・BCG　・麻しん風しん混合（1回目、2回目）　・みずぼうそう（1回目、2回目）
・日本脳炎（1回目、2回目、3回目）　・ロタ（1回目、2回目）
・その他（　　）

乳幼児健診の状況（直近3回分）

	助言指導	助言指導が有の場合、その内容
（　）歳（　）か月児健診	無　・　有	
（　）歳（　）か月児健診	無　・　有	
（　）歳（　）か月児健診	無　・　有	