こどもの状況票　（令和8年度年度途中入園 新潟市認可保育施設用）

安全・安心な保育を実施するため、保育施設の利用希望時間およびお子さんの健康や発育・発達の状態を確認させていただくものです。全ての項目について、漏れのないように記入してください。
※記入内容については、市の担当者より詳細を確認させていただく場合があります。

・利用が決定した際には、記載された事項を入所（内定）施設に情報提供します。
・必要に応じて担当者から詳細を確認した事項についても情報提供することがあります。
・入所決定後、最新状況の把握等のため、再度同様の内容について施設から聞き取らせていただくことがあります。
・「令和8年度　利用調整意向確認書　兼　申請内容変更届出書」で申請する場合、前回の内容から変更がなければ、あらためての提出は不要です。

上記内容に同意します。　　年　月　日　　連絡先

ふりがな

保護者氏名　　続柄　父 ・ 母

ふりがな							
児童名							
生年月日	年　月　日	年齢	歳　か月 (申請時点の年齢)	現在の身長	cm	現在の体重	kg
出産予定日	年　月　日	出産時の妊娠週数	週　日	出産時の体重	g		

保育施設の利用希望時間について　現時点での保育が必要な時間を記入してください
※実際の利用可能時間は、保育必要量（標準時間・短時間）および園が定める開閉園時間により決まります。

午前・午後　時　分　から　午前・午後　時　分　まで

健康状態・発育発達について
あてはまる回答に○をつけ、該当する場合は（　）に記入してください

1 治療中の疾患はありますか （心臓、腎臓、呼吸器、肝臓、膀胱又は直腸、小腸などの内臓機能、視力、聴力、筋力などの身体機能、骨や血液の疾患、てんかん　など） ※アレルギーがあり、服薬やエピペン対応が必要な場合は記入してください。（それ以外のアレルギー対応は裏面へ記入してください。）	いいえ	はい ⇒ 病名（　） 医療機関名（　） 生活制限（無 ・ 有 ／ 運動制限・ 食事制限・ その他） 通院頻度(　)週・(　)か月・(　)年　に1回 手術予定（無 ・ 有）・手術済 ／ 令和　年　月頃 服薬（無 ・ 有 ➡ 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 随時 ） エピペン（無 ・ 有）
2 医療的ケアが必要ですか	いいえ	はい ⇒ 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）・喀痰吸引 酸素療法・導尿・血糖測定・インスリン投与 人工肛門(ストーマ)・その他（　）
3 障がい者手帳や手当等を受けている場合は、☑をつけ、等級を記入してください	ない	ある ⇒ □ 特別児童扶養手当（　）級 □ 身体障害者手帳（　）級 □ 療育手帳（　） □ 精神障害者保健福祉手帳（　）級 □ 通所受給者証（　年　月～　年　月まで）
4 経過観察中・治癒した疾患はありますか	いいえ	はい ⇒ 病名（　） 医療機関名（　） 生活制限（無 ・ 有 ／ 運動制限・ 食事制限・ その他） 疾患の状態（経過観察 ・ 治癒　） 通院頻度(　)週・(　)か月・(　)年　に1回 服薬（無 ・ 有 ➡ 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 随時 ）

※裏面にも記入してください

健康状態、発育・発達について **あてはまる回答に○をつけ、該当する場合は（　　）に記入してください**		
5　医療機関や療育施設等で発達検査や障がいの診断を受けていたり、療育教室（児童発達支援・児童デイサービス）に通所の経験がある場合は☑をつけ、（　　）に記入してください	ない	ある　⇒ □ 発達検査を受けたことがある（直近　　年　　月頃） □ 障がいの診断を受けている（診断名　　） □ 療育教室・児童発達支援・児童デイサービスに通所した （　　年　　月～　　年　　月まで・現在も通所中　）
6　アレルギーはありますか	ない	ある　⇒ 食物アレルギーの場合 除去食品の必要（無・有 ／内容　　） 症状：アナフィラキシー・湿疹・喘息・その他（　　） 対応：エピペン・薬・病院受診・その他（　　） 食物アレルギー以外の場合 アレルギー名（　　）
7　熱性けいれんを起こしたことがありますか	ない	ある　⇒ 今までに発作を起こした回数　（　　回） 服薬（ 無 ・ 有 ）
8　発育・発達について心配なことがありますか	ない	ある　⇒ □　食事が進まない（　食べない・偏食がある　） □　ことばの発達がゆっくり □　身体の発育に心配がある □　発達の相談を受けたことがある □　発達全般がゆっくり □　その他（　　）

乳幼児健診の受診状況について **受診した健診に☑をつけ、身体発育やことばの発達面などについて、説明等を受けたことがあれば記入ください**	
□ 乳児一般健康診査 （3か月健診・10か月健診）	説明の内容（　　）
□ １歳６か月児健診	説明の内容（　　）
□ ３歳児健診 （３歳～５歳児のみ）	説明の内容（　　）
□ 未受診	（　　年　　月　　日に健診予定）