

3 入所が決定した児童への 送付書類について

(1) 入園説明会案内文書

【概要】

- 入所が決定した児童に対し、重要事項説明や入所にあたっての留意事項、持ち物の確認等のため説明会を実施する場合は、保護者に対して案内文を送付してください。
- 説明会の開催については、1次調整後と2次調整後に複数回行う場合と、2次調整後にまとめて行う場合が考えられ、回数は各施設で判断が可能です。

(1) 入園説明会案内文書

【送付対象】

- 新年度から入所が決定した児童



(2) 児童票

資料3-1

【概要】

- 入所が決定した児童に対し、各施設が家庭の状況等を把握するために使用するものです。

【送付対象】

- 新規入所児全員（きょうだいで入所する場合は人数分の送付が必要）

様式の例です

| 児 童 票 | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---------|---------|--------|----------------------------------|---------|-----|------------|--|--|
| 入 所 児 童 | 入所月日 | 年 月 日 | | ふりがな | | | | | |
| | ふりがな | | | 氏 名 | 氏 名 () | | | | |
| | 氏 名 | | | 生年月日 | 年 月 日 | | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | 勤務先 | 電話 - | | | | |
| 現 住 所 | 〒 - - 区 | | 電話 - | 勤務先 | 〒 - - | | | | |
| | | | 電話 - | 住 所 | | | | | |
| 家 族 及 び 同 居 人 | ふりがな | 氏 名 | 続柄 | 生年月日 | 性別 | 職種等 | 勤務先等・住所・電話 | | |
| | | | 父 | | | | 電話 - | | |
| | | | 母 | | | | 電話 - | | |
| | | | | | | | | | |
| 父 親 | 勤務時間 | | 週休の状況 | | | | | | |
| | 月曜-全曜日 | 時 分-時 分 | 時 分 | 週休2日制(あり・なし) 月 日(週) その他(曜日) | | | | | |
| 住 親 | 勤務時間 | | 週休の状況 | | | | | | |
| | 月曜-全曜日 | 時 分-時 分 | 時 分 | 週休2日制(あり・なし) 月 日(週) その他(曜日) | | | | | |
| 通常の送迎時間 | 月曜-全曜日 | 送迎 時 分 | 送迎 時 分 | 自宅・保育所間の見取図 | | | | | |
| 送迎者 | | | | | | | | | |
| 緊急の連絡先 | 氏 名 | | 電話 - | | | | | | |
| | 職名と住所 | | | | | | | | |
| 施設番号 | 施設の種別 | | | | | | | | |
| | 記 号 | | | | | | | | |
| 施設名称 | 番 号 | | | | | | | | |
| | | | 電話 - | | | | | | |
| 備考 | | | 電話 - | | | | | | |
| | | | 電話 - | | | | | | |

(3) 入園時健康診査

資料3-2

【概要】

- 札幌市児童福祉法施行条例において、児童福祉施設の長は入所した児童について入所時及び年2回の健康診断を行う必要があるとしています。医療機関における入所前の健康診断が行われた場合は入所時の健康診断を行わないことができるとしているため、保護者に提出を依頼するものです。

(3) 入園時健康診査

資料3-2

【送付対象】

- 入所日時時点で満2歳未満の新規入所児

両面の様式です。
様式を変更せずに使用してください。

入園時健康診査（満2歳未満の乳幼児）

【太線内は保護者が記載する】

| | | | |
|--------------|---|---|---|
| (ふりがな) | () | | |
| 児 童 氏 名 | 男・女 第 子 | | |
| 生 年 月 日 | 平成・令和 年 月 日 (歳 か月) | | |
| 保 護 者 氏 名 | 父: (歳) 母: (歳) | | |
| 住 所 | 札幌市 区 | | |
| ①出生時状況 | 出生時異常: なし、あり () 体重 g、身長 cm、胸囲 cm、頭囲 cm | | |
| ②栄養 | 母乳 混合 人工 | | |
| ③離乳食 | 未開始、開始 (歳 か月・現在 回食)、終了 (歳 か月) | | |
| ④今までにかかった病気 | 麻疹 風しん 水痘 おたふくかぜ 突発性発しん 百日咳 けいれん ぜんそく 心臓疾患 川崎病 中耳炎 肘内障 (右・左) 脱臼 (部位) ヘルニア (部位) アレルギー () その他 () | | |
| ⑤予防接種歴 *1 | インフルエンザ菌b型(Hib) (回) 小児肺炎球菌 (回) B 型肝炎 (回) 四 種 混 合 (回) B C G (回) | 麻疹風しん混合 (MR) (回) 水痘 (水ぼうそう) (回) 日 本 脳 炎 (回) ロタウィルス (回) おたふくかぜ (回) 季節性インフルエンザ (回) *2 その他 () | |
| ⑥精神運動発達 | 首がすわる 歳 か月、未 寝返りする 歳 か月、未 支えなしで座る 歳 か月、未 歯の生え始め はいはいする 歳 か月、未 歳 か月、未 つかまり立ちする 歳 か月、未 がんばいなどの身振りをする 歳 か月、未 一人で歩く 歳 か月、未 2、3のことばを話す 歳 か月、未 | | |
| ⑦日常の健康 状況 | 下痢 便秘 嘔吐 食欲不振 嘔吐 咳嗽 湿疹 (アトピー) その他 () | | |
| ⑧診察時計測 | 体重 kg、身長 cm | | |
| ⑨診察所見 | 体格 大・中・小 皮膚の異常 無・有 () 栄養状態 良・普・不良 胸部所見 無・有 () 血色 良・普・不良 腹部所見 無・有 () その他 () | | |
| ⑩特記事項 | | | |
| 上記のとおり診査する | 令和 年 月 日 | 医療機関 所在地 | 印 |
| | | 医師名 | |

ダウンロード

札幌市ホームページ＞市政情報＞市の概要
＞組織案内＞子ども未来局＞事業者の方へ
＞入所・報告事務関係様式