



# 記入例

# 児童調査票

あるいは、平素の保育の参考にさせていただきますので、下記の事項に

必ず記入してください。

ふりがな 児童氏名	しやくしょ <b>市役所</b>	いちろう <b>一郎</b>	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	第1希望の 児童クラブ	<b>〇〇</b>	児童クラブ
児童生年月日	平成 <b>29</b> 年 <b>10</b> 月 <b>31</b> 日 (令和6年4月時点: <b>1</b> 年生)			平熱	<b>36 度 5 分</b>	
学級等 (新1年生は見込みで記入)	普通学級在籍・特別支援学級在籍・(セルフサポート教室・ことばの教室)に通級している					
健康状況	1 健康である <input checked="" type="radio"/> 2 通院中・経過観察中					
ひきつけ	無 <input checked="" type="radio"/> 有 (1回目 歳 か月 / その後 回) 最終発作( 年 月)					
	けいれん 無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 熱性けいれん: 熱 <b>39</b> 度 分・ <b>3</b> 回 / 無熱性 回) 最終発作( <b>H0</b> 年 <b>5</b> 月)					
	てんかん 無 <input checked="" type="radio"/> 有 (状態: )					
・身体障害者手帳や療育手帳を持っていますか: ( <input checked="" type="radio"/> はい・いいえ・現在申請中) 身体障害者手帳:( 級)・療育手帳:( <input checked="" type="radio"/> A・ <input type="radio"/> B・ <input type="radio"/> C)・精神障害者福祉手帳( 級) ・通院・通所先:(名称: <b>〇〇クリニック 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇</b> ) 何について相談しましたか:( <b>児童が●●や▲▲である状況について</b> ) ・児童の発達状態で心配なこと <input checked="" type="radio"/> 1 知的発達の遅れがあるように思われる。 <input type="radio"/> 2 言葉の発達が遅れているように思われる。 <input type="radio"/> 3 情緒が不安定であるように思われる。 <input type="radio"/> 4 自閉的傾向があるように思われる。 <input checked="" type="radio"/> 5 多動性障害の傾向があるように思われる。 <input type="radio"/> 6 その他( ) ・集団生活におけるの注意事項:( <b>****やxxxxに注意が必要である</b> )						
アレルギー	該当の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無				
	食べ物アレルギー	卵(全卵・卵黄・卵白)・牛乳(乳製品)・小麦・大豆・ <input checked="" type="radio"/> そば 落花生・ごま・その他( )				
	その他のアレルギー	ダニ・ハウスダスト・花粉症・その他( )				
	食事制限	完全除去: 要(食べ物名: <b>そば・そば粉</b> )・不要				
アナフィラキシー	原因	<b>そば・そば粉</b> ) 症状( <b>皮膚が赤くなる、呼吸困難になる</b> )				
	エピペンの所持	<input checked="" type="radio"/> 有・無				
既往歴	かかった事のある病気	麻しん(はしか)・風しん・水痘・流行性耳下腺炎(おたふく風邪)・百日咳 中耳炎・ヘルニア・肺炎・肝炎・川崎病・ <input checked="" type="radio"/> ぜんそく 心臓疾患(病名: / 症状:不整脈・肥大・雑音・その他( )) その他(病名: )				
体質	<input checked="" type="radio"/> 風邪を引きやすい・ひきつけを起こしやすい・扁桃腺が腫れやすい・ <input checked="" type="radio"/> 吐きやすい <input type="radio"/> ぜんそくを起こしやすい・便秘しやすい・下痢しやすい・鼻血が出やすい <input checked="" type="radio"/> 湿疹が出やすい・化膿しやすい・薬品にかぶれる(薬品名: ) アトピー性皮膚炎・脱臼しやすい(部位: )					

有無を記入してください。該当がある方は、該当箇所を記入してください。

裏面あり

児童氏名

・大きな病気、ケガをしたことがありますか：(ある・**ない**)  
 病名・ケガ：( )  
 入院・通院期間：(平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日)  
 現在の状況：(通院中・完治)

・現在、定期的な診察や投薬を受けていますか：**いる**・いない)  
 医療機関名：( **■■■■クリニック** )  
 何について診察・投薬を受けていますか：( **●●●●●** )  
 服薬している薬の名前：( **▲▲▲▲▲** )  
 服薬頻度：(1日 **1** 回 / **朝**・昼・夜・その他( ))

・手術やリハビリなどを受けたことがありますか：(ある・**ない**)  
 実施時期：(平成・令和 年 月)・医療機関名：( )  
 手術・リハビリの内容：( )

緊急時(かかりつけ)の病院

名称 **▲▲病院**  
 所在地 **熊谷市〇〇-××**  
 電話番号 **048-524-××××**

その他の注意事項  
 ・食べ物の好き嫌い  
 ・性格  
 ・家庭での指導方針  
 など

緊急時(怪我・病気等)の連絡先について、優先順位を記入してください。

優先順位	電話番号を記入してください。
<b>6</b>	自宅の電話 <b>●●●-△△△-××××</b>
<b>3</b>	父の携帯電話 <b>090-****-****</b>
<b>4</b>	父の会社の電話 <b>●●●-△△△-××××</b>
<b>1</b>	母の携帯電話 <b>090-****-****</b>
<b>2</b>	母の会社の電話 <b>●●●-△△△-××××</b>
<b>5</b>	祖父・祖母の自宅の電話 (続柄: 祖父、氏名: 市役所 長太郎) <b>●●●-△△△-××××</b>
	祖父・祖母の携帯電話 (続柄: 、氏名: )
<b>7</b>	その他( 叔父 )の電話 <b>090-****-****</b>

災害時に徒歩で迎えに来ることができる人(必ず御記入ください。)

氏名	続柄	勤務先
<b>市役所 太郎</b>	<b>父</b>	<b>〇〇商事</b>

お子様から見た続柄

同意欄

児童の障害・発達の状況、アレルギー、既往歴、体質、病院等への通院状況、その他児童クラブ登室時の体調等に関することについて、通学する小学校、教育委員会、入所していた保育所(園)に状況を照会し、または小学校、教育委員会及び医療機関等に情報提供を行うことについて、同意します。

同意者(父母)

父(名前: **市役所 太郎** 押印 不要 前: **市役所 桜** )

「有無を記入してください。該当がある方は、該当箇所を記入してください。」

必ず記入してください。