児 童 調 査 票

秘

事故や病気など緊急時の対応、あるいは、平素の保育の参考にさせていただきますので、下記の事項について漏れのないように御記入ください。

ふりがな 児童氏名		男 女	第1希望の 児童クラブ	児童クラブ	
児童生年月日	平成・令和　　年　　月　　日（令和8年4月時点：　　年生）		平熱	度　　分	
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　2 通院中・経過観察中				
既往症	ひきつけ	**無 ・ 有**（ 1回目　　歳　　か月 ／ その後　　回 ）最終発作（　　年　　月）			
	けいれん	**無 ・ 有**（ 熱性けいれん：熱　　度　　分・　回 ／ 無熱性　　回 ）最終発作（　　年　　月）			
	てんかん	**無 ・ 有**（ 状態：　　）			
		（ 服薬開始　　歳　　か月 ／ 1日　　回 服薬中 ）　最終発作（　　年　　月）			
障害・発達の状況		・身体障害者手帳や療育手帳を持っていますか ：（ はい ・ いいえ ・ 現在申請中 ） 身体障害者手帳：（　　級）・ 療育手帳：（ Ⓐ ・ A ・ B ・ C ）・ 精神障害者福祉手帳（　　級）			
		・通院・通所先：（名称：　　） 何について相談しましたか：（　　）			
		・児童の発達状態で心配なこと 1 知的発達の遅れがあるように思われる。 2 言葉の発達が遅れているように思われる。 3 情緒が不安定であるように思われる。 4 自閉的傾向があるように思われる。 5 多動性障害の傾向があるように思われる。 6 その他（　　）			
		・集団生活においての注意事項：（　　）			
アレルギー	該当の有無	**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 ・ 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：　　） ・ **不要**			
	アナフィラキシー	原因（　　） 症状（　　） エピペンの所持（　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 ・ 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		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 ・ 吐きやすい 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 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：　　）			

裏面あり

児童氏名		
通院等の状況	・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 ：（ ） 何について診察・投薬をうけていますか ：（ ） 服薬している薬の名前 ：（ ） 服薬頻度 ：（ 1日 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	
	所在地	
	電話番号	
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		

	優先順位		電話番号を記入してください。
緊急時の連絡先（**連絡可能な電話番号を全て記入いただき、**優先順位欄に**優先順位を御記入ください**。）		自宅の電話	
		父の携帯電話	
		父の会社の電話	
		母の携帯電話	
		母の会社の電話	
		祖父・祖母の自宅の電話	（続柄： 、氏名： ）
		祖父・祖母の携帯電話	（続柄： 、氏名： ）
		その他（ ）の電話	

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

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： ） 母（名前： ）