児 童 調 査 票

秘

記入例

事故や[illegible]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[illegible]ください。

必ず記入してください。

ふりがな 児童氏名	しやくしょ いちろう 市役所 一郎	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 1 年 10 月 31 日（令和8年4月時点： 1 年生）		平熱	36 度 5 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				

	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 39 度　分・ 3 回 ／ 無熱性　回 ）最終発作（H○年5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： ○○クリニック　○○市○○町○○-○○ ） 何について相談しましたか：（ 児童が●●や▲▲である状況について ）
		・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：（ ＊＊＊＊や××××に注意が必要である ）
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： そば・そば粉 ）・ 不要
	アナフィラキシー	原因（ そば・そば粉 ）　症状（ 皮膚が赤くなる、呼吸困難になる ） 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

【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。】

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 ：（ ■■■■クリニック ） 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 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		

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。

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。

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

必ず記入してください。

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
	市役所 太朗	父	㈱〇〇商事

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 太朗 ）　母（名前： 市役所 桜 ）

押印不要