



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 市役所	いちろう 一郎	男 女	第1希望の 児童クラブ	〇〇	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 (HO 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・A・ B ・C)・精神障害者福祉手帳 (級)					
	・通院・通所先: (名称: 〇〇クリニック 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇)					
	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 ()					
・集団生活における注意事項: (***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		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-****-****	
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 太郎	父	（株）〇〇商事
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。