

保護者、申込児童本人の記載は不要です



児童調査票

児童
氏名

熊谷 花子

記入例

必要事項を記入し、該当する□にチェックしてください。

学級等	☒ 普通学級 ☐ 特別支援学級	☒ セルフサポート教室に通級している。 ☐ こまばの教室に通級している		
調査票の内容は申込受付時に詳細を伺います		A) ☐ A ☐ B ☐ C) 長 (級) 傾向があるように思われる		
状況	☐ 言葉の発達が遅れているように思われる ☐ 多動性障害の傾向がある ☐ 情緒が不安定であるように思われる ☐ その他 ()			
体質	☒ 風邪をひきやすい ☐ 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 ☐ 湿疹が出やすい ☐ 化膿しやすい ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 薬品にかぶれる (薬品名:) ☐ 脱臼しやすい (部位:)			
アレルギー	☒ 該当なし ☐ 乳製品 ☐ 大豆 ☐ ナッツ類 ☐ 卵 ☐ 小麦 ☐ そば ☐ ハウスダスト ☐ 花粉症 ☐ ダニ ☐ その他 ()			
食事制限	☒ 不要 ☐ 完全除去が必要 (食べ物名:)			
り患歴	☐ ひきつけ 1回目 歳 か月 / その後 回 / 最終発作 歳 か月			
	☒ いけいれん 熱性: 熱 39度 1分・2回 / 無熱性: 回 / 最終発作 3歳 0か月			
	☐ てんかん 状態: / 最終発作 歳 か月			
	☐ アナフィラキシー 原因: / 症状:			
	☐ 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:)				
☐ その他 (病名:)				
常時携帯する薬剤	☒ 該当なし ☐ エピペン® ☐ ネフィー® ☐ プロラム® ☐ スピジア® ※児童クラブ登室時に携帯する場合、入室決定後に「依頼書」及び添付資料の御提出が必要です。			
通院等の状況	☐ 大きな病名・入院・通院期間: 平成 令和 年 月 ~ 平成 令和 年 月 / 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る 医療機関名: ○○病院 / 病名・診断名: ○○○○ 服薬している薬剤: / 服薬頻度: 1日 回 (☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夜)			
	☐ 手術やリハビリを受けたことがある 実施時期: 令和 平成 年 月 医療機関名:			
	☐ 手術・リハビリの内容:			
かかりつけ医	医療機関	住所	電話番号	
	○ ○ クリニック	熊谷市 ○ ○ × × - × ×	048-524-××××	
その他の注意事項	性格・好き嫌い・指導方針など ・知的発達の遅れについて、月に1度○○クリニックに相談に通っている ・○曜日と○曜日は、放課後デイ「○○」を利用しているため、児童クラブに放課後デイの職員が迎えに行く ・言葉で説明するより、視覚的に説明した方が伝わりやすい ・○○な状況が苦手 ・可能な限り多くの連絡先を記入してください			
連絡可能な全ての電話番号及び優先順位を御記入ください。				
緊急時の連絡先	優先順位	連絡先	電話番号	
	2	父の携帯	090-××××-××××	
		父の会社		
	1	母の携帯	×××-××××-××××	
必ず内容を確認したうえで✓してください				
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、体調等について、通学する小学校、教育委員会、入所していた保育所等に状況を照会し、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。				
☒ 「入室申請時チェックシート」の内容について、すべての項目を確認し、同意します。				