



児童調査票

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 年 月 日 (平成31年4月時点: 年生)	血液型	型
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	平熱	度 分
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:(①・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()		
	・集団生活における注意事項:()		
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:)	
	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)	
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：（ <input type="text"/> ） 入院・通院期間：（平成 年 月 日～平成 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：（ <input type="text"/> ） 何について診察・投薬をうけていますか：（ <input type="text"/> ） 服薬している薬の名前：（ <input type="text"/> ） 服薬頻度：（1日 回 / 朝・昼・夜・その他（ <input type="text"/> ））	
		・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 年 月）・医療機関名：（ <input type="text"/> ） 手術・リハビリの内容：（ <input type="text"/> ）	
緊急時 (かかりつけ) の病院	名称	<input type="text"/>	
	所在地	<input type="text"/>	
	電話番号	<input type="text"/>	
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		<input type="text"/>	
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。
			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
			祖父・祖母の携帯電話
	その他（ <input type="text"/> ）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
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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: <input type="text"/> 印)	母(名前: <input type="text"/> 印)